RAPPORT DES ACTIVITES POUR L'ANNEE 1989 • 90

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

1989-1

91-04496/

Table des matières

Le message du président	3
Le conseil d'administration	4
L'organigramme du Conseil régional	5
Le Conseil régional et la région de Montréal métropolitain	6
Le message du directeur général	9
Les activités par direction	
La Direction de la planification, des systèmes et méthodes	12
La Direction de la programmation	16
• Les services multiclientèles de première ligne	19
• Les services aux adultes et personnes âgées en perte d'autonomie	21
• Les services aux personnes handicapées et déficientes	23
• Les services de santé mentale	24
• Les services aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale	26
• Les services multiclientèles de courte durée	30
• Les services sociaux multiclientèles	33
La Direction de la gestion des services réseau	34
La Direction de l'information et des relations avec la population	40
La Direction des finances	46
La Direction des ressources humaines	50
Les publications du Conseil régional	53

Dépot légal
2ième trimestre 1990

Production
Louise Caron-Gareau
Direction de l'information et des relations avec la population

Rédaction
Chantal Benhamron

Design
David Silvian

Conception et réalisation
Corégraph

Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain est un organisme parapublic, implanté depuis 1972, qui coordonne les programmes de services de santé et de services sociaux et met en rapport la population, les établissements et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le sigle représente les composantes du Conseil régional et donne l'image des interrelations entre ces composantes en conformité avec ses objectifs et ses fonctions.

La décentralisation de pouvoirs en faveur du Conseil et du réseau respecte la participation et l'autonomie de la gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité sous-tendent cette orientation.

Le sigle du Conseil régional regroupe trois éléments distincts mais inextricablement liés : le Conseil, les établissements et organismes ainsi que la population. Le point représente le Conseil, pivot de la stabilité et de l'équilibre de l'ensemble; il indique en outre le rôle décisionnel du Conseil. Le carré brun représente les établissements et les organismes du réseau. Les carrés gris représentent les usagers, les groupes de citoyens et le grand public.

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du Conseil d'administration, le rapport annuel d'activités du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, pour l'année budgétaire terminée le 31 mars 1990.

Déjà en 1978, à l'époque où le Conseil régional présentait son nouveau sigle, le président du Conseil d'administration, monsieur Claude Legault, soulignait l'importance de l'objectif de **décentralisation-régionalisation** pour une institution comme la nôtre, et ajoutait que « *la coordination, la concertation et la complémentarité doivent présider cette orientation* ».

Cet objectif fondamental est toujours le nôtre, douze ans après. Nous multiplions nos efforts pour que la participation de la population et du réseau à nos activités et à nos programmes soit concrète, et qu'elle se manifeste dans tous les secteurs que nous touchons.

Nous sommes également résolument à l'écoute de nos diverses clientèles, en particulier celles que nous avons jugées vulnérables, de façon à ce que les services de santé et les services sociaux prodigués dans la région soient le plus adéquats et qu'ils répondent aux véritables besoins des usagers.

Nous espérons que ce bilan donne un bon aperçu des activités réalisées et des objectifs que nous avons atteints durant l'année 1989-90, grâce au travail et à l'engagement de tous.

Jean Leblanc
Président

Le Conseil d'administration 1989-1990

PAR COLLÈGES ÉLECTORAUX

Maires des municipalités
M. André Huneault *
Mme Yolande Massé

Groupes socio-économiques
Mme Lyse Bazinet
M. Gaston Dugas
M. Roger Larose
Mme Berthe Michaud

Directeurs généraux des établissements
M. Jacques Maynard

Centres hospitaliers
M. Archie S. Deskin
M. Jean Leblanc (président) *

Conseils des médecins et dentistes
Dr Marc-A. Bois (vice-président) *

Centres locaux de services communautaires
Mme Lise Langevin

Centres de services sociaux
Mme Frances Boylston
M. Luc M. Malo

Centres d'accueil
Mme Rolande Laurin Dorval *

Universités
M. Yvon Poirier

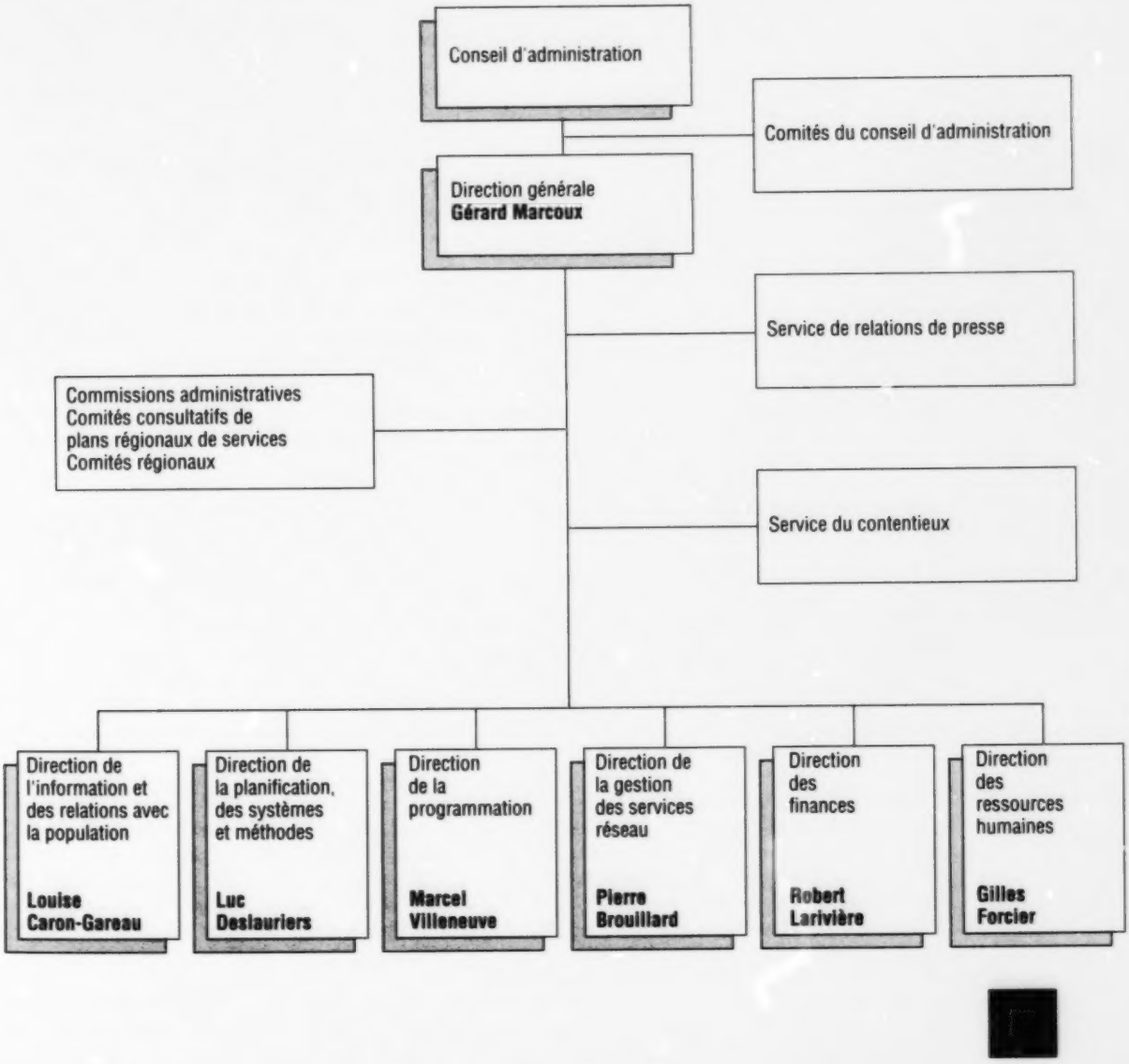
Cégep
M. Yves Mongeau *

Organismes bénévoles
M. Raphaël Assor *

Directeur général du C.S.S.S.R.M.M.
M. Gérard Marcoux (secrétaire) *

* membres du comité administratif

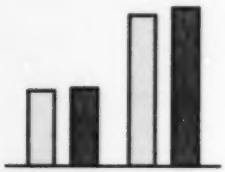
L'organigramme du Conseil régional



Le Conseil régional et la région de Montréal métropolitain

Le Conseil régional assure la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation des programmes régionaux de santé et de services sociaux de la région.

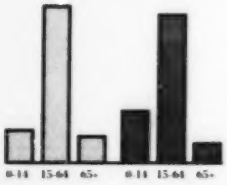
Population et pourcentage de croissance



La région sociosanitaire de Montréal métropolitain couvre l'île de Montréal et Laval, et regroupe 29 municipalités. Elle compte, dans ses ressources, 78 centres hospitaliers privés ou publics, 138 centres d'accueil, 8 départements de santé communautaire (D.S.C.), 34 CLSC, 39 districts de CLSC et 3 centres de services sociaux (C.S.S.).

Après une décennie de décroissance, la population tend à se stabiliser légèrement au-dessus de deux millions d'habitants. La région de Montréal représente, à elle seule, près du tiers de la population du Québec. La forte urbanisation de la région montréalaise se traduit par une situation sociodémographique bien distincte de celle du reste du Québec.

Distribution par groupes d'âge en 1986



Le taux de natalité a connu une forte baisse au cours des 25 dernières années, passant de 3,2 à 1,3 enfants par femme en 1986. Cette valeur est bien inférieure au seuil de renouvellement des générations (2,1). La situation est un peu plus favorable dans le reste du Québec, où l'on observe une moyenne de 1,5 enfant par femme.

Conséquence directe de cette baisse de la natalité, le vieillissement de la population va en s'accentuant : en l'espace de 15 ans, la part de la population âgée a considérablement augmenté, passant de 7,6% en 1971 à 12% en 1986. Notre territoire compte plus de 46% des personnes âgées vivant seules au Québec et, de ce bassin, 30 000 vivent en-deçà du seuil de pauvreté. Le dernier bilan de l'Office de planification et de développement du Québec estime qu'en 1996, les personnes âgées représenteront 17,2% de la population. En contrepartie, la part des jeunes de moins de 15 ans a connu une forte baisse depuis 1971 pour se situer à 16% en 1986. Le vieillissement a été moins spectaculaire dans le reste du Québec où les personnes âgées représentent aujourd'hui 9% et les jeunes, 22%.

La région compte une forte représentation de groupes linguistiques et culturels diversifiés. Ainsi, 17% des citoyens sont anglophones, 22% allophones et 61% francophones. Près de la moitié des 161 établissements publics de la région ont une clientèle importante (plus de 10%) qui parle une langue autre que le français et l'anglais. Cette présence de plus en plus importante de groupes allophones donne un visage particulier à la région de Montréal. La presque totalité des néo-Québécois vivent à Montréal, ce qui en fait non seulement la principale région d'accueil des immigrants du Québec, mais encore une véritable mosaïque formée d'une centaine de communautés culturelles. Au recensement de 1986, 26% de la population était d'origine ethnique autre que française ou britannique.

Montréal est également la région où l'on retrouve le plus de familles monoparentales (une famille sur quatre); un accroissement considérable du taux d'itinérants (10 000 à 15 000 sans-abri, surtout des jeunes adultes, des femmes et des personnes âgées sans emploi; et un taux de chômage élevé : au recensement de 1986, 12% de la population active de la région était au chômage, les personnes les plus affectées étant les femmes (13%) et les jeunes de 15 à 24 ans (19%).

Les Montréalais sont généralement plus scolarisés que les autres Québécois : dans la région de Montréal, on retrouve plus de

diplômés universitaires qu'ailleurs au Québec (25% contre 12%). Par contre, le pourcentage de personnes faiblement scolarisées est sensiblement plus élevé que dans l'ensemble du Québec (17%).

Plusieurs disparités socio-économiques assombrissent la qualité de vie de la population montréalaise. La pauvreté a connu un accroissement de 13% depuis 1981. Les personnes à faible revenu ou vivant sous le seuil de la pauvreté, dans la région de Montréal, constituent 24,5% de la population du Québec. Ce pourcentage est formé majoritairement de personnes de moins de 18 ans et de personnes âgées. Le taux de pauvreté chez les femmes est 10% plus élevé que la moyenne provinciale et 23% plus élevé que chez les hommes.

Une étude récente (Mayer-Renaud, 1989) montre un changement dans la répartition géographique de la pauvreté dans la région métropolitaine. Le traditionnel « T inversé » de la pauvreté sur l'île de Montréal en 1981, s'est effiloché et s'est étendu vers le nord-est et le sud-ouest pour ressembler maintenant à un « S ». Laval présente une plus grande homogénéité que l'île de Montréal, son statut socio-économique étant généralement au-dessus de la moyenne.

LES PRIX PERSILLIER-LACHAPELLE

Les prix Persillier-Lachapelle sont décernés chaque année par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour souligner la qualité des services offerts par des établissements du réseau et des organismes communautaires.

Le prix pour l'intégration communautaire et l'amélioration des services en santé mentale et l'intégration communautaire a été décerné au **Projet Suivi Communautaire**.

Le **Centre hospitalier Côte-des-Neiges** s'est mérité le prix d'excellence en affaires sociales.

Le prix pour les programmes innovateurs a été décerné au projet **Habitat Soleil**.

Le prix promotion de la santé et des services a été remis au **Centre de santé des femmes du quartier Plateau Mont-Royal**.

Enfin, le prix pour le maintien à domicile des personnes handicapées, des malades chroniques et des familles en difficulté revient à la **Société pour les enfants handicapés du Québec**.

Établissements de santé et de services sociaux

Sous-régions Catégorie d'établissements	LAKESHORE	LAVAL	GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	MAISONNEUVE-ROSEMONT	SACRÉ-COEUR	SAINT-LUC	SAINTE-JUSTINE	VERDUN	TOTAL	
C.H. TOTAL	**6**	**4**	**15**	**19**	**12**	**9**	**7**	**6**	**78**	
Courte durée	3	3	13	5	5	4	5	2	40	
Longue durée	3	1	2	11	7	5	2	3	34	
Vocation psychiatrique	–	–	–	3	–	–	–	1	4	
C.A. TOTAL	**14**	**20**	**17**	**22**	**27**	**11**	**6**	**8**	**126**	
Hébergement	9	14	8	14	19	5	4	7	80	**
Réadaptation										
• Mésadaptés socio-affectifs	1	3	2	4	5	1	1	1	19	*
• Handicapés physiques	–	–	3	–	–	2	–	–	5	
• Handicapés mentaux	3	3	1	2	3	2	1	–	15	
• Alcooliques et toxicomanes	1	–	2	1	–	–	–	–	4	
• Vocation psychiatrique	–	–	–	–	–	1	–	–	1	
• Mères en difficulté	–	–	1	1	–	–	–	–	2	
CLSC-TOTAL	**3**	**4**	**4**	**7**	**3**	**6**	**1**	**2**	**30**	***
C.S.S.-TOTAL	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**3**	
TOTAL	**23**	**28**	**36**	**48**	**42**	**26**	**14**	**16**	**237**	

* Un établissement hors-région

** Ne sont pas inclus à ce nombre : deux C.A.H. administrés par des C.H.S.L.D., cinq C.A.H. administrés par des C.H.S.C.D. et trois C.A.H. administrés par des CLSC

*** Ne sont pas inclus à ce nombre : deux CLSC administrés par des C.A.H., un CLSC administré par un C.S.S. et un CLSC administré par un C.H.S.L.D.

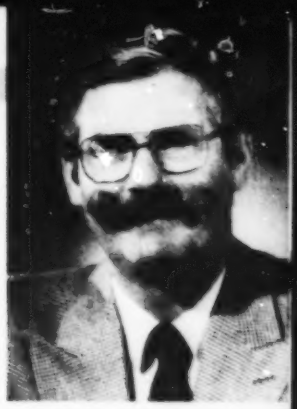
CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

Lits de soins de courte durée	480	452	3 212	2 274	1 413	1 799	1 786	790	12 206	*
Lits de soins de longue durée	1 141	280	690	2 381	968	1 169	812	708	8 149	
Places d'hébergement	1 097	1 293	1 309	4 539	2 261	1 567	1 059	974	14 099	
Places de réadaptation	671	472	468	931	661	255	107	60	3 701	**
Places d'apprentissage au travail	148	230	–	286	246	290	50	16	1 266	

* 180 lits de néonatologie inclus au total

** 76 places de réadaptation appartenant à un établissement hors-territoire.

Source : Services documentaires, C.S.S.S.R.M.M., 1990



Message du directeur général

Nous terminons une autre année fructueuse dans les annales du Conseil régional. Juste avant d'entreprendre cette année d'activités, en février 1989, notre conseil d'administration a officiellement sanctionné les résultats d'une démarche rigoureuse d'évaluation et de révision de notre plan d'organisation. Ces résultats se sont traduits par l'adoption des orientations du conseil d'administration et un choix d'options stratégiques pour les cinq prochaines années : agir concrètement, pour qu'avec ses partenaires, le Conseil régional devienne une instance décisionnelle :

- dans la détermination des objectifs et des priorités régionales;
- dans l'organisation et la programmation des services;
- dans l'allocation et la réallocation des budgets d'immobilisations, d'équipements, de location d'espaces et de fonctionnement.

Notre vision d'avenir du Conseil régional en faisait et en fait toujours une organisation de services de santé et de services sociaux décentralisés régionalement et poursuivant des objectifs centrés sur les personnes, dans un système de services intégrés, complémentaires et continus.

Quatre grands objectifs ont orienté les plans d'action des douze derniers mois :

- Axer toutes nos activités sur les **clientèles**;
- Adopter un mode de gestion **décentralisé**;
- Trouver des moyens **concrets** de participation de la population, des établissements, des organismes et des représentants des autres milieux;
- Maintenir l'**équilibre** budgétaire.

Le degré d'atteinte de ces objectifs n'est pas également mesurable. Cependant, dans les comptes rendus qui suivent, nous nous efforçons de présenter les réalisations le plus concrètement possible en regard du financement accordé et des résultats obtenus. En ce qui a trait aux données quantitatives, nos états financiers confirment le maintien de l'équilibre budgétaire. À l'intérieur des budgets alloués, le travail soutenu des différents secteurs est illustré par les données financières touchant les services informatiques, les services partagés, les approvisionnements en commun, les immobilisations et les locations d'espaces.

Les résultats obtenus dans les relations avec la population, la planification, la programmation des services et le développement des ressources humaines, quoique moins mesurables, reflètent quand même une activité qui se déroule dans une recherche d'efficacité et d'économie. Ce sont des termes qui sont d'ailleurs devenus plus familiers cette année, au Conseil régional.

Un grand effort a été fait pour rendre les objectifs plus mesurables et établir un lien entre les coûts et les résultats. Nous croyons que l'équipe du Conseil régional a fait des pas en avant dans l'actualisation de ses trois options stratégiques.

Il convient de souligner notre présence, le 26 janvier 1990, à la commission parlementaire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce fut l'occasion de livrer le fruit de toutes nos réflexions et nos démarches en faveur de la régionalisation. En bref, le C.S.S.S.R.M.M. a affirmé :

« Nous prônons la régionalisation comme le meilleur moyen de protéger les déterminants du système : programmes centrés sur le bénéficiaire, activités centrées sur les

résultats. Trois paliers décisionnels doivent interagir dans le système et se respecter mutuellement : central, régional, local. Pour que le bénéficiaire soit vraiment au centre de toute cette réforme, nous proposons de vivre réellement le partage d'autorité que nous préconisons. La régionalisation se situe au palier stratégique du choix des priorités d'une population donnée. Pour nous, c'est elle la dynamique nouvelle de la réforme; elle n'est pas magique mais elle a le mérite de réunir les partenaires au service du bénéficiaire. C'est elle qui apportera des solutions aux problèmes d'accessibilité pour les clientèles prioritaires, aux problèmes d'iniquité dans la distribution des ressources. »

En prônant la régionalisation, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal déclare que l'instance régionale doit être **responsable, rentable et imputable.**

- **Responsable:** avec tous les partenaires, se responsabiliser, c'est faire passer les besoins des bénéficiaires avant les intérêts des établissements et des professionnels.
- **Rentable :** se rentabiliser, c'est faire les bons choix dans l'utilisation des ressources. C'est avoir le courage de rationaliser par réaménagement, par réallocation.
- **Imputable :** l'imputabilité, c'est rendre compte.

Le Conseil régional a proposé aux parlementaires de rendre les instances régionales imputables en les associant au processus démocratique des commissions parlementaires pour la défense des crédits, pour rendre compte des dépenses, pour vérifier les résultats.

Finalement, le Conseil régional a fortement insisté pour réaffirmer que son credo sur la régionalisation se conjugue bien avec la reconnaissance de l'autorité du ministère et la reconnaissance de l'autonomie de gestion nécessaire au niveau des établissements.

Merci à toutes les personnes du réseau et des milieux concernés par nos activités pour leur précieuse collaboration. Sous le signe de la fierté, bravo à tout notre personnel compétent et responsable pour ses réalisations. Merci au président et à tous les membres du Conseil d'administration pour leur disponibilité et leur engagement.

Orientations 1990-91

Dans un objectif de continuité et de suivi dans les dossiers, le Conseil régional poursuit ses activités 1990-91. Toujours axé sur le **bénéficiaire**, le Conseil régional s'engage dans la réforme avec l'intention ferme de préserver, dans ses **relations internes et externes**, les valeurs qu'il préconise : le **respect** et la **confiance**. Ses activités continueront d'être centrées sur la **personne** et sur les **résultats**.

En planifiant et en organisant les services régionaux, particulièrement ceux qui s'adressent aux clientèles les plus démunies, avec ses partenaires – le ministère, les établissements, les organismes et les représentants des autres milieux – le Conseil régional mettra l'accent sur **l'élimination de la violence** sous toutes ses formes. Toujours avec ses partenaires, dans un effort collectif au service des clientèles, le Conseil contribuera à bien établir et à faire respecter les trois niveaux d'autorité : central, régional et local.

Objectif n° 1

Apporter une contribution continue aux autorités ministérielles dans la préparation du projet de loi et dans son application progressive.
Consultation – Études – Information – Recommandations touchant les grands chapitres suivants :

- **Instances régionales – composition, mandat, mise en place**
- **Mode d'organisation des conseils d'administration des établissements**
- **Structure des programmes de santé et de services sociaux, partage des fonctions**
- **Règles d'allocation et organisation des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles**
- **Organismes communautaires et participation de la population.**

Objectif n°2

Établir avec les représentants du M.S.S.S. des liens continus de cohérence et d'entraide dans tous les mandats confiés au Conseil régional afin de créer le rapprochement nécessaire pour travailler ensemble au nouveau partage de responsabilités prévu par la réforme.

Objectif n°3

Associer les partenaires concernés – établissements, organismes et autres milieux – à nos démarches touchant :

- **la détermination des objectifs et des politiques de santé et bien-être**
- **la détermination des priorités régionales**
- **la détermination des plans de services régionaux, incluant l'allocation des ressources**
- **la détermination du processus d'évaluation des programmes et des projets**
- **le développement des ressources humaines (le personnel du Conseil régional et celui des établissements)**

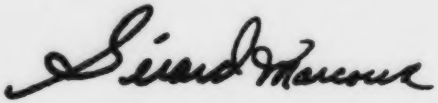
Objectif n°4

Maintenir un mode de gestion interne qui favorise le développement continu du potentiel des ressources humaines.

Objectif n°5

Maintenir l'équilibre budgétaire

- **choix prioritaire en regard des autorisations budgétaires**
- **suivi et contrôle rigoureux.**



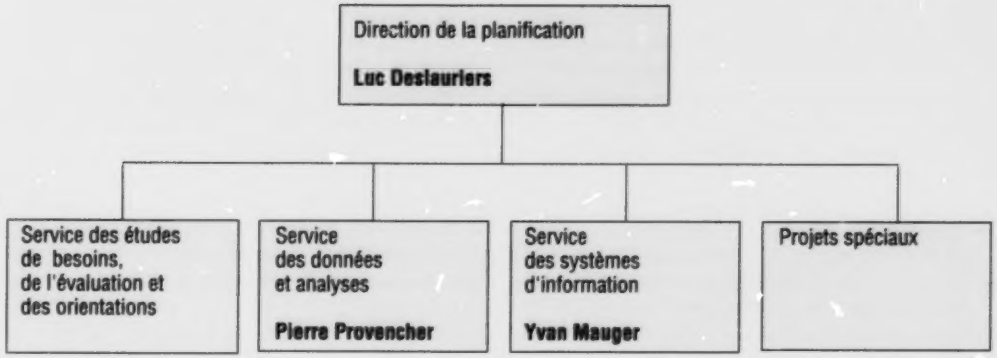
Gérard Marcoux, F. Adm. A.
Directeur général

LES COMITÉS DE LA DIRECTION

Comité régional en santé communautaire

Comité régional de gestion de l'information et de ses technologies

Comité aviseur – loi 142



La Direction de la planification, des systèmes et méthodes a la responsabilité de planifier l'ensemble des services de santé et des services sociaux, c'est-à-dire de déterminer les objectifs de santé et de bien-être, les priorités et l'évaluation. Elle est aussi responsable de la coordination des systèmes d'information. De plus, elle fournit un support méthodologique et d'expertise (utilisation des banques de données, études, recherches) pour établir des plans d'organisation de services. Plusieurs mandats spéciaux lui sont confiés.

Comme par le passé, nous avons obtenu la collaboration de nos partenaires du réseau, en particulier celle des D.S.C.

Les objectifs de santé et de bien-être

Au printemps 1989, le M.S.S.S. proposait des objectifs de santé orientés vers la réduction de problèmes de santé et sociaux spécifiques. Dans le cadre de ce mandat, les conseils régionaux ont la responsabilité de préciser, de pondérer et d'adapter les objectifs nationaux en fonction des besoins particuliers de chacune des régions. La réalisation de ce mandat permettra d'une part de définir des orientations régionales qui influenceront la planification et la programmation des services de demain. D'autre part, les résultats des travaux amorcés nous permettront d'apporter une contribution significative au projet de politique de santé et de bien-être qu'entend élaborer au cours de la prochaine année le M.S.S.S. en collaboration avec les conseils régionaux. Le mandat comprend trois volets importants :

- évaluer et identifier les problèmes de santé et les problèmes sociaux de la population et préciser les objectifs prioritaires à atteindre d'ici l'an 2000;
- identifier et prioriser pour les objectifs retenus, les grands moyens d'action pour les clientèles à risque;
- entreprendre une vaste consultation auprès des partenaires concernés par la santé et le bien-être de la population. Cette consultation devrait créer une cohérence

régionale au niveau de la pertinence des objectifs retenus et des grands moyens d'action identifiés.

Dans cet exercice entrepris avec nos partenaires régionaux, quatre principes guideront nos stratégies d'intervention :

- l'accroissement de la prévention et de la promotion;
- la collaboration de différents secteurs de la vie sociale et économique;
- le renforcement de l'autonomie des personnes des réseaux naturels et des communautés;
- la nécessité de prioriser les personnes et les groupes les plus à risque dans notre région.

Trente-trois personnes-ressources désignées dans différents milieux (D.S.C., C.S.S., CLSC, C.S.S.S.R.M.M., organismes communautaires) ont grandement contribué à documenter chacune des problématiques et à identifier les grands moyens d'action pour chacun des objectifs de santé et de bien-être.

Cette première étape franchie, nous avons amorcé avec les D.S.C. une consultation auprès d'intervenants-terrain en provenance de divers milieux d'activités (santé, municipalités, corps policier, éducation, organismes communautaires).

Le plan d'organisation des services en santé mentale

En ce qui concerne la santé mentale, notre contribution à la réalisation de cette priorité du Conseil régional a surtout porté sur la connaissance des besoins : un portrait de la situation a été établi à partir des connaissances existantes. Nous avons aussi collaboré aux travaux du plan d'organisation des services en santé mentale en facilitant l'accès aux données existantes.

Le programme de subvention à la recherche

En 1989-90, sept projets ont été selectionnés et subventionnés pour un montant de 350 459 $; au-delà de la gestion du programme de subvention à la recherche, c'est-à-dire le choix des projets à financer, nous avons porté une attention particulière à la diffusion des résultats de recherche. Nous invitons les chercheurs à venir présenter leurs recherches aux différentes personnes du réseau et de la permanence intéressées par les sujets : au total quatre séminaires ont été tenus et environ 125 personnes y ont assisté.

Les systèmes d'information

Au cours de l'année, le Comité régional de gestion de l'information et de ses technologies (COGIT) a précisé ses nouvelles orientations, ce qui l'a conduit à définir une nouvelle politique de gestion des systèmes d'information et des technologies, et à modifier ses critères d'acceptation de projets. Quatre-vingt-sept projets ont été présentés et recommandés par le COGIT. Les investissements totalisent 5 334 315 $ pour les équipements et 1 546 547 $ pour les logiciels.

Le Service des systèmes d'information a publié deux guides bureautiques : « *La démarche bureautique* » et le « *Guide d'acquisitions bureautiques* ». Ces deux documents sont très utilisés et appréciés autant par les établissements de notre région que par ceux des autres régions : au moins quatre conseils régionaux les ont publiés et les utilisent comme guides.

Au plan du développement de systèmes de gestion à caractère sectoriel, le Service des systèmes d'information a maintenu son implication dans SIDOCI (système de données cliniques intégrées) en participant à la direction du projet et au Comité directeur, et en organisant des travaux de recherche avec le Centre de recherche informatique de Montréal (CRIM). Après avoir exploré différents modèles informatisés de systèmes d'information de gestion du personnel, le service a déposé au Comité M.S.S.S.-C.R.S.S.S., pour fins de subvention, un projet de développement d'un système global de gestion des ressources humaines.

Les données et analyses

Le projet d'étude sur les besoins en services à domicile à la sortie de l'hôpital a été complété, ce qui permettra un meilleur ajustement du réseau de services.

Le service a également contribué tant au plan méthodologique qu'au plan de l'exploitation des banques de données, aux travaux de relocalisation du Centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu.

Doté d'un logiciel statistique additionnel, le service peut exploiter de façon encore plus efficace et productive les différents fichiers à notre disposition.

La mesure « Expérience de travail »

Depuis 1984, le M.S.S.S. a confié au Conseil régional le mandat de gérer le programme de travaux communautaires de la région. Ce programme, sous la responsabilité du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, a pour objectif l'intégration sur le marché du travail des prestataires d'aide financière.

En 1989, le programme de travaux communautaires est devenu l'une des six mesures de développement de l'employabilité par la nouvelle Loi sur la sécurité du revenu et s'appelle maintenant Mesure « Expérience de travail ». Des stages d'apprentissage au travail sont offerts à des prestataires d'aide financière de 18 à 55 ans dans des organismes sans but lucratif et des établissements du réseau. Cette année, 198 projets se sont déroulés dans la région et ont permis d'offrir 932 stages auxquels ont participé 1 365 prestataires. La gestion de ces projets a été assurée par 177 promoteurs dont 152 organismes sans but lucratif et 25 établissements.

Par rapport à 1984, le nombre de projets a pratiquement doublé et le nombre de stages offerts a triplé. Le budget consacré à la réalisation des projets s'est élevé à plus de 1 130 000 $ en 1989-1990 comparativement à 448 000 $ en 1984.

Tout en atteignant les objectifs visés, les projets permettent d'accroître les services existants ou d'offrir de nouveaux services à différentes clientèles du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs organismes ont par exemple mis sur pied des stages de préparation à l'emploi pour des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, des personnes atteintes de divers handicaps ou encore des femmes en difficulté.

Mesure « Expérience de travail »

Secteur d'activités	# projets	# stages
Organismes sans but lucratif		
Centres pour alcooliques et toxicomanes	2	9
Garderies	17	50
Maisons de jeunes	2	9
Centres et maisons pour femmes en difficulté	12	44
Centres pour personnes itinérantes	3	6
Centres – santé mentale	18	137
Centres pour personnes handicapées	19	73
Centres pour personnes âgées	29	172
Groupes d'entraide	13	46
Centres pour jeunes	13	69
Divers organismes	35	217
	163	832
Établissements		
C.A.H.	19	59
C.A.R.	3	7
C.H.S.C.D.	4	9
C.H.S.L.D.	2	2
CLSC	4	13
C.S.S.S.R.M.M.	3	10
	35	100
Total	**198**	**932**

Accessibilité des services à la population anglophone

En décembre 1986, la Loi modifiant de nouveau la loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi 142) visant l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise, a été adoptée. Le Conseil régional a donc dû élaborer un plan d'accessibilité qui se concentre sur les individus en besoin de services et facilite l'accès à ces services dans leur langue.

Un comité de travail, composé de 13 membres dont 8 représentants de la communauté anglophone, a été mis sur pied. Un état de la situation a été dressé, indiquant les lacunes du système et les services à améliorer pour que cette population soit mieux servie. Les membres du comité ont également mis de l'avant des solutions pour améliorer l'accès aux services soulignés dans le plan d'accessibilité pour la région.

Les plans d'accessibilité seront mis en opération sous la direction et l'assistance d'un comité aviseur qui réunit des établissements francophones et anglophones et les membres de la communauté d'expression anglaise. Ses objectifs sont les suivants :

- favoriser les échanges d'information entre la communauté d'expression anglaise, les organismes et établissements concernés et le Conseil régional;
- conseiller le Conseil régional sur les priorités et les modalités d'implantation des plans d'accessibilité;
- traiter de toute autre question facilitant une implantation harmonieuse des plans d'accessibilité.

Un coordonnateur régional a été engagé pour faire le suivi des plans d'accessibilité et pour sensibiliser les établissements, le Conseil régional et la communauté d'expression anglaise.

LES COMMISSIONS ET LES COMITÉS DE LA DIRECTION

Commission administrative des services aux personnes handicapées intellectuelles

Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques

Commission administrative des services communautaires

Commission administrative des services de santé mentale

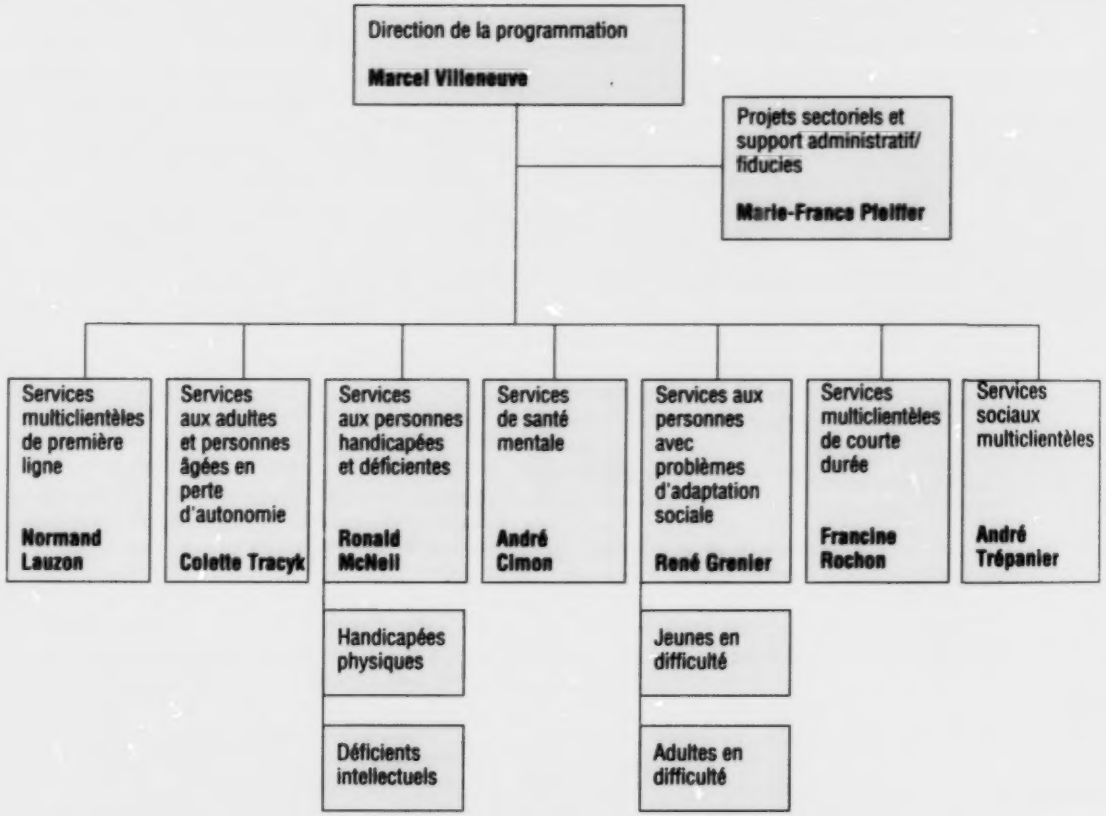
Commission administrative des services hospitaliers de courte durée

Table de concertation : C.S.S. – C.R.S.S.S.

Commission administrative des services d'hébergement et de soins prolongés

Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies

Commission administrative de la mésadaptation sociale



Tirant sa raison d'être de l'objectif premier du Conseil régional – la qualité des services à la population – la Direction de la programmation est responsable d'organiser et de coordonner de la façon la plus adéquate possible les services de santé et les services sociaux offerts à la population de Montréal métropolitain. Ses activités sont regroupées autour de huit secteurs.

Dans le cadre des orientations et des priorités du Conseil régional, la direction s'était fixé quatre objectifs prioritaires :

- **Élaborer les plans régionaux de services;**
- **Développer la programmation des services dans les réseaux multiclientèles;**
- **Implanter la politique en santé mentale;**

- Actualiser les décisions du Conseil régional concernant l'organisation de la Direction de la programmation.

Les plans d'action sectoriels comportent quant à eux 28 dossiers prioritaires ainsi que 150 dossiers en cours, répartis dans les sept secteurs de la direction. Toutes nos actions ont été orientées vers l'atteinte de ces objectifs.

L'élaboration des plans régionaux de services

L'élaboration de plans régionaux de services est axée sur les clientèles cibles prioritaires suivantes:

- les personnes âgées;
- les personnes handicapées:
  - avec une déficience physique;
  - avec une déficience intellectuelle;
- les personnes en difficulté d'adaptation sociale:
  - les mésadaptés socio-affectifs;
  - les alcooliques et autres toxicomanes;
  - les sans-abri;
- les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne la clientèle des **personnes handicapées ayant une déficience intellectuelle**, *« Le réseau intégré de services pour personnes ayant une déficience intellectuelle »*, un document que nous avons élaboré et fait adopter par le conseil d'administration, est terminé et a été transmis au M.S.S.S. Concrètement, cette étude permet de déterminer précisément les services requis par les personnes ayant une déficience intellectuelle, fixe le rôle et les responsabilités des établissements à l'égard de cette clientèle et complète le plan régional de services.

En ce qui a trait aux **personnes handicapées ayant une déficience physique**, nous avons élaboré le dossier *« l'accessibilité aux services de réadaptation pour les personnes handicapées ayant une déficience physique dans la région de Montréal métropolitain »*, et nous avons pu ainsi mesurer clairement l'état des services et leur accessibilité. Ce dossier nous a également permis d'intégrer les volets déficiences physique, auditive, visuelle et organique, et servira de point de départ et de premier chapitre au plan régional de services pour cette clientèle cible.

Quant aux **mésadaptés socio-affectifs**, nous avons déposé au conseil d'administration, qui l'a adopté, un cadre théorique de plans de services aux jeunes en difficulté et à leur famille. Celui-ci définit le type de services requis par la clientèle des mésadaptés socio-affectifs, fixe les rôles et responsabilités des établissements impliqués et détermine les mécanismes régionaux de coordination.

Par ailleurs, afin de mieux documenter notre action à l'égard de **la clientèle alcoolique et toxicomane**, divers travaux de recherche ont été entrepris. Ils définissent clairement le problème et servent de base au développement de programmes. Les études suivantes ont été réalisées et déposées à la commission administrative:

- Position régionale en alcoolisme et autres toxicomanies;
- Programme de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, région de Montréal métropolitain;
- Proposition préalable au plan de services pour la population anglophone alcoolique et toxicomane de la région de Montréal métropolitain;

- Orientation régionale quant à l'utilisation de la méthadone dans l'héroïnomanie.

En réponse à la problématique des personnes sans-abri, nous avons mis en place et animé un comité de la direction générale dont le travail a permis tout d'abord de développer un plan d'action pour faire face au problème de l'itinérance et d'avoir une compréhension plus articulée des problèmes véritables que vivent les sans-abri. Nous avons pu également nous rendre compte de la naissance d'une concertation prometteuse entre le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, la Ville de Montréal et le clergé. Enfin, ce comité a, de façon concrète, élaboré un plan d'action concernant les services et entrepris une recherche sur la clientèle.

Le développement de la programmation des services dans les réseaux multiclientèles

Le plan de consolidation des services et programmes du réseau des CLSC est terminé et a été déposé au conseil d'administration puis transmis au M.S.S.S. Ce document a permis de préciser le type de services qu'il fallait rendre accessibles dans les CLSC et les ressources à consacrer à ces activités en fonction d'un modèle type (un CLSC qui dessert 50 000 personnes); enfin, il adapte la programmation au Rapport Brunet et aux orientations ministérielles.

Notre mandat consistait également à examiner l'organisation des services sociaux. À cet effet, un plan d'action précis a été élaboré et une série de rencontres avec la haute direction des trois C.S.S. a été mise en place. Cela nous a permis de dresser un inventaire des programmes et des ressources financières de façon uniforme dans les trois C.S.S. – la partie 1989-90 de cet inventaire est achevée. Cela a également mis en lumière l'incidence de problèmes sociaux de plus en plus importants dans la région de Montréal.

Nous devions enfin développer des plans d'organisation de services en courte durée. À cet égard, la rédaction du programme régional de transplantation d'organes est complétée et le rapport au comité aviseur a débuté. La commission administrative des services hospitaliers de courte durée doit maintenant entreprendre une consultation auprès des intervenants.

Santé mentale

Le plan régional de services en santé mentale, notre troisième objectif majeur, est complètement rédigé, adopté par le comité tripartite aviseur du plan d'organisation des services en santé mentale, et soumis à la consultation. Il en sera question plus en détail dans le rapport du secteur des services de santé mentale.

Actualisation des décisions du Conseil régional et résultats

Fonctionnant dans le cadre des objectifs du Conseil régional, tout en orientant nos activités vers la clientèle, nous devions actualiser les décisions du Conseil régional concernant l'organisation de notre direction. Notre structure administrative est maintenant implantée à 100% et des responsables ont été nommés dans chaque service. Nos services sont résolument axés vers les clientèles cibles prioritaires. Et en ce qui concerne les résultats, l'équilibre budgétaire a été atteint.

LES SERVICES MULTICLIENTÈLES DE PREMIÈRE LIGNE

Le secteur des services de première ligne vise toutes les clientèles en milieu ouvert, c'est-à-dire non institutionnalisées ou hébergées. Les ressources réseau affectées à ce secteur proviennent des 34 CLSC de la région métropolitaine et des 106 organismes communautaires en maintien à domicile.

Quatre dossiers étaient prioritaires :

- L'accessibilité linguistique et culturelle;
- Le plan de consolidation et de développement des CLSC;
- La reconnaissance et l'actualisation du rôle des CLSC dans l'ensemble des plans d'organisation de services;
- La mise en place d'un système d'information sur la clientèle des CLSC.

L'accessibilité linguistique et culturelle

Au mois de mai 1989, le ministère déposait ses orientations en matière d'accessibilité des services aux communautés culturelles, et confiait au C.S.S.S.R.M.M. le mandat de les actualiser. Au mois d'octobre, le conseil d'administration adoptait le cadre d'action régional intitulé : *Implantation du plan d'action « Accessibilité des services aux communautés culturelles 1989-91 »*.

Une activité intense d'analyse de situation des services et des besoins en a découlé, dans tous les secteurs de la programmation. Ces travaux ont abouti à l'adoption d'un plan régional d'accessibilité aux services pour les communautés culturelles qui invite 40 établissements à développer des plans d'accessibilité.

Le plan de consolidation et de développement des CLSC

Devant l'absence d'un cadre global de référence et de planification, le secteur des services multiclientèles de première ligne a entrepris une vaste opération de travaux de programmation. Après une large consultation des partenaires concernés, ces travaux ont abouti, en juin 1989, à l'adoption du document *Consolidation des services et des programmes des CLSC*, ce qui a permis notamment l'analyse des ressources et des budgets, les représentations auprès du ministère et l'articulation des CLSC avec les autres partenaires du réseau.

En ce qui concerne les plans d'organisation de services, le plan d'organisation en santé mentale est le dossier qui a mobilisé le plus le secteur.

La mise en place d'un système d'information sur la clientèle des CLSC

Voilà plusieurs années que l'on souhaite mettre en place un système d'information sur la clientèle des CLSC. Il s'agit là d'une information déterminante pour les travaux de programmation, de planification et d'articulation avec les autres composantes du réseau. Dans cette optique, la Conférence des conseils régionaux, le ministère et les CLSC ont défini un cadre normatif d'information permettant à chacun des CLSC de recueillir des informations sur la clientèle et de les transmettre aux conseils régionaux.

L'automne dernier, le secteur des services multiclientèles de première ligne s'est associé aux travaux de révision du dictionnaire de données faisant l'objet de ce système d'information. Tous les CLSC ont ensuite été

invités à une présentation sur les impacts du déploiement de ce système. Enfin, un plan de coordination du déploiement de ce système d'information sur la clientèle des CLSC a été recommandé, en février 1990, par la commission administrative des services communautaires. Au cours du mois d'avril s'amorcera le déploiement de ce système dans un premier groupe de CLSC.

Les services à domicile

Le personnel affecté aux services à domicile œuvre autour de deux axes principaux : la gestion des fiducies et les travaux de programmation.

Le Conseil régional a en fiducie plus de 17 millions de dollars pour les services à domicile. Un suivi régulier et systématique de ces fiducies de services à domicile intensifs est pratiqué; cela nous assure une connaissance précise de l'évolution des besoins de la clientèle des services intensifs à domicile au niveau régional, qu'elle soit âgée ou handicapée. Une révision complète de la fiducie visant les services à domicile intensifs aux personnes handicapées physiques est actuellement en cours.

L'équipe des services à domicile a travaillé à l'élaboration d'un cadre de référence pour la dispensation et l'utilisation des fournitures médicales en services à domicile, la réalisation d'études sur l'organisation des services de soins palliatifs à domicile pour bénéficiaires atteints ou non de cancer, les travaux préparatoires à l'utilisation d'un outil d'évaluation en services à domicile, la participation à la définition d'un système provincial d'information sur la clientèle des CLSC.

Fiducies de services à domicile

Services à domicile intensifs (SIMAD)	11 107 328 $
Services à domicile 24/7 (24 h – 7 jrs)	1 601 645
Programme d'organisation de services intensifs et à long terme pour personnes handicapées	4 553 886
Services à domicile pour personnes atteintes du SIDA	300 000
Allocation budget pour de l'équipement permettant le maintien à domicile	190 000
Total	**17 752 859 $**

Distribution des subventions aux organismes de maintien dans la communauté

	Nombre (org)	Budget $	%
Centres communautaires (personnes âgées)	18	364 652	18.1
Groupes d'entraide (bénévoles locaux)	42	898 400	44.7
Centres de bénévolat (sous-régionaux)	3	86 000	4.3
Organismes de services (aux personnes ayant un handicap)	9	100 000	5.0
Organismes des communautés culturelles (ayant programmes pour les personnes âgées)	12	135 700	6.8
Centres communautaires de quartier (avec programme de maintien dans la communauté)	6	92 000	4.6
Regroupement de popotes roulantes	3	181 000	9.0
Parrainages civiques	4	77 500	3.9
Autres	9	74 616	3.6
Total	106	2 009 868	100.0

LES SERVICES AUX ADULTES ET PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Le secteur des services aux adultes et personnes âgées en perte d'autonomie oeuvre au maintien de l'autonomie des personnes âgées en mettant en place et en développant un réseau intégré de services axés sur l'accessibilité, la complémentarité, l'adaptation et la continuité des services.

En 1989-90, à la suite des priorités et orientations adoptées par le Conseil régional, le secteur des services aux adultes et personnes âgées en perte d'autonomie poursuivait quatre objectifs principaux. Ces objectifs se sont traduits par un plan d'action et une série d'activités spécifiques touchant des clientèles et des domaines d'intervention variés.

Établir une programmation intégrée de services pour favoriser l'autonomie des personnes

Nous avons soumis une proposition de budget type pour les centres de jour qui, si appliquée, permettrait un rehaussement des services offerts à la clientèle et l'accueil d'un plus grand nombre de bénéficiaires. Un projet de développement et de consolidation de centres de jour est également en préparation.

Pour les personnes d'expression anglaise, un plan d'accessibilité en C.A.H. et C.H.S.L.D. est en voie d'implantation dans quelques établissements d'hébergement et de soins de longue durée. Des programmes à l'intention de certaines communautés culturelles ont également été développés ou consolidés dans neuf établissements de la région : il s'agit d'un regroupement de bénéficiaires et de la mise en place de services adaptés en termes de communication et de confort culturel.

Établissements avec programmes d'accès aux communautés culturelles

Hôpital Notre-Dame-de-Lourdes	Italien
Résidence Christophe-Colomb	Italien
C.H. Champlain-Villeray	Italien
Hôpital Grace Dart	Japonais
Villa Mont-Royal	multiethnies
C.A. Providence Auclair et Dorchester	Grec
C.A. Champlain-Marie-Victorin*	Slave
Hôpital Sainte-Rita	Italien
Hôpital Bois-Menu	Italien

(hébergement temporaire)

De plus, un document d'orientation, produit conjointement par des représentants d'établissements de courte et de longue durée, a été adopté; il vise l'amélioration du programme des soins et services offerts dans les unités de soins de longue durée des C.H.S.C.D. et la diminution du nombre de lits de longue durée à 10% du total.

Enfin, à la suite d'un bilan de l'implantation des plans d'intervention, un programme de supervision a été élaboré et appliqué dans 26 établissements en vue de favoriser la confection et l'utilisation de plans d'intervention interdisciplinaire individualisés pour les bénéficiaires hébergés en pavillons, en C.A.H. et en C.H.S.L.D., ou inscrits en services externes.

Favoriser le développement de services et de ressources permettant le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel

Treize rencontres de groupes communautaires à l'intention de personnes retraitées ou âgées

ont eu lieu dans le but de promouvoir l'autonomie et de suggérer l'utilisation de services de type autre qu'institutionnel. Pour la première fois, les C.A.H. autofinancés font l'objet d'une réflexion globale. Nous effectuons actuellement des consultations afin de parachever des propositions d'orientations concernant ce type de ressources.

Assurer la coordination des structures sous-régionales d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée

Cette année, les procédures du système d'admission régional ont été en partie révisées dans le cadre d'un processus continu. Des rencontres régulières ont eu lieu avec les intervenants œuvrant dans les différentes instances du système d'admission. Une expérience-pilote visant à alléger la grille C.T.M.S.P.(classification par types en milieu de soins et services prolongés) et à faciliter son utilisation a été entreprise. Des séances de formation C.T.M.S.P. ont été offertes aux évaluateurs et aux équipes multidisciplinaires chargées de déterminer les services requis par les usagers. Ces équipes seront bientôt organisées de façon plus stable, à la suite de l'adoption d'un modèle de fonctionnement élargissant le champ d'action des équipes à plus d'une sous-région.

Enfin, la décision d'élaborer un système d'information sur les admissions et les départs en C.A.H. et C.H.S.L.D. a été prise. Des travaux préliminaires, notamment une étude de faisabilité pour la conception informatique, ont été menés à bien. L'implantation de ce système reste à faire.

Favoriser une meilleure répartition interrégionale et intrarégionale des ressources

Le secteur s'est vu confier un mandat pour l'ensemble du Conseil régional : l'examen et l'amélioration de la méthodologie de répartition interrégionale des budgets de développement appliquée par le M.S.S.S. Une série de travaux ont été menés, via divers mécanismes d'échange, en collaboration avec le ministère et la Conférence des C.R.S.S.S. D'autre part, la méthodologie de répartition intrarégionale entre établissements du budget de développement pour le programme des personnes âgées en perte d'autonomie a fait l'objet d'une révision majeure, en consultation avec des personnes-ressources du réseau.

Statistiques par sous-programme
1988, 1989, 1990

Hébergement en C.A.H. ou C.H.S.L.D.
5 284 demandes d'admission en 1989-1990
- 2 902 en provenance d'un C.H.S.C.D.
- 1 434 en provenance d'un domicile privé
- 948 cas de transferts ou autres

3 911 admissions en 1989-1990
- 2 385 en C.A.H.
- 1 418 en C.H.S.L.D.
- 108 en pavillon

Hébergement temporaire
1 357 demandes d'admission en 1989-1990
1 012 admissions en 1989-1990

Centres de jour
environ 2 000 inscriptions en1988-1989 (1)
- 800 hommes
- 1 200 femmes

Hôpitaux de jour
environ 27 800 visites en 1988-1989 (1)

(1) Estimation basée sur un échantillon de ressources

LES SERVICES AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET DÉFICIENTES

La préoccupation constante et majeure du secteur des services aux personnes handicapées et déficientes demeure, d'année en année, la personne ayant une déficience physique et la personne ayant une déficience intellectuelle, ainsi que la définition des besoins de cette clientèle et le développement de services essentiels à son intégration sociale. Cette continuité se concrétise dans des travaux menés conjointement avec d'autres secteurs, notamment les services multiclientèles de première ligne, les services de santé mentale et les services multiclientèles de courte durée. L'efficacité de nos actions passe par une collaboration essentielle à l'élaboration de programmes utiles et adaptés à la clientèle.

À la suite du plan d'organisation du Conseil régional et de ses nouveaux objectifs, nos activités, antérieurement axées sur les services de réadaptation, ont évolué pour englober un processus touchant un ensemble de services intégrés pour la personne handicapée, sa famille et ses proches. Cette transformation correspond à notre souci majeur d'assurer aux personnes handicapées l'accessibilité à un ensemble de services adaptés à leurs besoins évolutifs, peu importe le dispensateur de ces services. Nos activités seront dorénavant complémentaires aux programmes pour les personnes âgées (65 ans et plus) en perte d'autonomie.

Enquête « Accès »

L'enquête « Accès » s'est terminée cette année. Les données recueillies dressent un portrait régional de l'accès aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique. Ces données s'intègrent dans le plan d'organisation des services et font l'objet d'un rapport individualisé remis à tout établissement ayant participé à l'étude.

Plan d'organisation des services - déficience physique

Pour assurer l'équilibre entre la demande et la dispensation des services ainsi que l'accessibilité à ces services, nous avons amorcé plusieurs politiques, programmes et plans régionaux, notamment le plan d'organisation des services pour les personnes ayant des déficiences physiques, le plan d'organisation des services pour les personnes ayant une déficience auditive, la consolidation du programme de stimulation des enfants (0-5 ans) présentant des problèmes de développement, ainsi que l'implantation du programme cadre pour les personnes victimes de traumatismes craniocérébraux. La première étape de cette implantation, à savoir l'établissement de critères régionaux d'admission, est terminée.

Plan d'organisation des services - déficience intellectuelle

Le plan d'organisation de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle a été mis à jour grâce à l'adoption du réseau intégré de services et à la définition des rôles de l'ensemble des partenaires. « Accès-Réseau », un des mécanismes de ce réseau intégré de services, permettra l'élaboration du plan de services requis par la personne handicapée intellectuelle, sa famille et ses proches. Dans ce même souci d'intégration, l'implantation des tables de concertation sous-régionales en déficience intellectuelle a été parachevée.

Politique de soutien aux familles de personnes présentant des incapacités

Dans le cadre de l'intégration de la personne handicapée, de sa réinsertion ou de son maintien dans le milieu, nous avons élaboré une politique de soutien aux familles, fondée prioritairement sur l'articulation des services nécessaires à soutenir le milieu naturel de vie des personnes ayant des incapacités. Ces travaux ont favorisé le resserrement de nos liens avec les organismes communautaires.

Nous avons également adopté, au niveau régional, un programme de répit pour les familles et les proches des personnes ayant un handicap intellectuel. Ce programme, qui a profité à 700 familles, a coûté 589 000 $.

Le service des personnes handicapées représente le Conseil régional auprès du M.S.S.S. pour le transfert du programme de transport de l'O.P.H.Q. Ce programme, que nous gérons depuis février 1990, dessert environ 300 personnes et opère un budget de services de 250 000 $.

Réintégration sociale (désinstitutionnalisation)

En accord avec les orientations et le guide d'action du M.S.S.S. concernant les personnes ayant une déficience intellectuelle, nous avons participé à l'analyse des plans de réintégration sociale élaborés par les C.A.R. Ces projets touchent au moins 230 personnes.

Nous avons également complété, de concert avec les établissements concernés, les analyses qui permettront la relance du processus de réintégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle et résidant au C.H. Louis-H. Lafontaine.

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Le secteur des services de santé mentale s'occupe de la coordination des services pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, qu'il soit transitoire ou persistant, et aux besoins de la population et de certains groupes plus susceptibles de développer les problèmes de santé mentale.

Nous visons la mise en place d'une gamme complète de services qui comprend l'information, la prévention, les services de base et d'intervention de crise, le traitement spécialisé, le support à la famille, la réadaptation et la réintégration sociale.

Les activités de l'année ont été axées autour de l'élaboration du plan d'organisation de services de santé mentale et de la coordination des dossiers réguliers du secteur.

Élaboration du plan d'organisation de services de santé mentale

Il s'agit là d'un des objectifs majeurs de la Direction de la programmation pour l'année 1989-90. Nous avons tout d'abord travaillé à la formation d'un comité tripartite, composé d'établissements du réseau, d'organismes communautaires et d'organisations du milieu, pour assister le Conseil régional dans son travail. Dix-huit membres représentatifs des différents milieux concernés par les services de santé mentale, ont été nommés; ils ont démontré leur qualité d'expert, leur ouverture aux échanges francs et éclairés et leur capacité au compromis.

Assisté de ce comité tripartite, le service de santé mentale a procédé aux différents travaux devant mener au plan d'organisation

de services. Un portrait des besoins et des services rendus a été dressé, ce qui a permis d'avoir une vue synthétique et complète des principaux problèmes de la région.

En novembre 1989, l'élaboration d'un modèle d'organisation et de priorités d'action était entreprise ainsi que la finalisation d'un projet de plan d'organisation de services. Le comité tripartite s'est réuni à neuf reprises et plusieurs groupes de travail se sont penchés sur des problématiques particulières. Le document élaboré pour consultation touche tous les aspects de l'organisation des services de santé mentale; il traduit un consensus significatif des membres du comité tripartite et témoigne de la « faisabilité » d'un partenariat multisectoriel. Une consultation élargie est prévue pour les mois d'avril, mai et le dépôt du plan d'organisation de services au Conseil régional et au M.S.S.S. devrait se faire à la fin de juin 1990.

Coordination des services de courte durée en santé mentale

En ce qui concerne la nomination des effectifs psychiatriques dans les centres hospitaliers de la région (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie), un instrument de quantification de la richesse relative des départements de psychiatrie a été mis au point en concertation avec les chefs de département. Nous avons pu ainsi déterminer cinq centres hospitaliers prioritaires (Louis-H. Lafontaine, Fleury, Sacré-Coeur, Reine-Elizabeth, Lakeshore) pour les jumeler avec des centres hospitaliers mieux nantis en effectifs. Le Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine a fait l'objet d'une aide particulière.

Coordination des services de longue durée en santé mentale

Nous avons procédé à l'administration de la grille de New-York (inventaire des niveaux de soins) aux patients de longue durée, une opération coordonnée par le M.S.S.S. qui consistait à valider la grille, former les utilisateurs et analyser les résultats. Ce projet nous a permis de dresser un portrait des services requis pour les patients des centres hospitaliers à vocation psychiatrique, de l'Institut Philippe Pinel, du Centre d'accueil Pierre-Joseph Triest, du Pavillon Albert-Prévost (Centre hospitalier Sacré-Coeur) et pour les patients de treize autres C.H.S.C.D. occupant un lit depuis au moins 90 jours. Les centres hospitaliers et le Conseil régional peuvent ainsi mieux suivre le dossier de la désinstitutionnalisation.

Coordination des ressources alternatives en santé mentale

Entre août et décembre 1989, nous avions la responsabilité de la répartition du budget de développement en santé mentale accordé pour 1989-90. Ce budget totalisait 955 385 $ dont 799 053 $ étaient affectés à quatre programmes prioritaires :

- organismes communautaires d'entraide 239 716 $
- répit aux familles et aux proches 239 716 $
- promotion, respect et protection des droits 239 716 $
- formation 79 053 $

Un programme expérimental de répit/dépannage aux parents et aux proches de la personne souffrant d'une maladie mentale a également démarré, favorisant une approche

sous-régionale : il est sous la responsabilité d'un organisme communautaire dans chaque sous-région.

Enfin, nous avons vu démarrer un programme de promotion, respect et protection des droits, composé d'un volet sous-régional (défense des droits individuels) et d'un volet régional qui reste à définir (défense des intérêts collectifs).

Coordination des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes

Un état de situation des services rendus en pédopsychiatrie dans la région a été dressé. Un questionnaire a été élaboré et administré, l'analyse des données a été réalisée et une concertation a été menée avec les chefs de service de pédopsychiatrie. Nous avons pu ainsi réaliser, de concert avec l'assemblée des chefs de pédopsychiatrie, un état complet de la situation, qui permettra d'enclencher des travaux de planification des services de santé mentale pour la clientèle jeune. La collaboration avec les chefs de pédopsychiatrie a été fructueuse et un excellent climat de travail a régné durant tous les travaux.

LES SERVICES AUX PERSONNES AVEC PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE

La région de Montréal métropolitain se distingue sur le plan des inégalités sociales et économiques, de la détresse psychologique, de la pauvreté, du chômage, de l'isolement, des problèmes d'intégration sociale, de la violence, de la négligence, de l'éclatement des familles et de problèmes de nature diverse tels que la non-accessibilité au logement ou son insalubrité, les problèmes raciaux, etc.

Ces problématiques ont des conséquences sévères sur le développement personnel et social, sur la qualité de la vie et sur l'intégrité de la santé physique et mentale des individus. Elles conduisent souvent à la criminalité, à l'inadaptation sociale, aux comportements antisociaux, à la détérioration de la santé physique et mentale et, par le fait même, portent atteinte au développement social et individuel dans leurs aspects économiques, psychosociaux et physiques.

Le secteur des services aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale traite, de façon spécifique, les dossiers concernant les jeunes et les adultes en difficulté :

- La jeunesse en difficulté 0-18 ans;
- Les personnes alcooliques et toxicomanes;
- Les personnes itinérantes ou sans-abri.

Notre objectif général, cette année, est l'élaboration d'un état des besoins et des services pour les jeunes 0-25 ans, en exposant clairement les problèmes auxquels ces jeunes sont confrontés et en formulant des hypothèses de solutions. Ce travail représente l'étape préalable à l'élaboration d'un plan

régional d'organisation de services pour les jeunes 0-25 ans.

Alcoolisme et autres toxicomanies

Le service Alcoolisme et autres toxicomanies a travaillé autour des quatres priorités adoptées par la commission administrative pour 1989-90 :

- la prévention et la réadaptation pour les jeunes de 12 à 18 ans et de 18 à 25 ans;
- le dépistage auprès des personnes âgées;
- les personnes à risques de maladies infectieuses (SIDA - hépatite B);
- la formation des intervenants du milieu et en réadaptation.

En mars 1989, une étude sur la « *Position régionale en alcoolisme et autres toxicomanies* » situait la problématique de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans notre région. Ce document fait ressortir différentes facettes de l'usage et de l'abus des psychotropes suivant des sous-groupes de population : les adolescents et les jeunes adultes, les femmes de 15 à 25 ans, les hommes de 18 à 44 ans, les personnes âgées et la pharmacodépendance, les conducteurs d'automobile, les minorités ethniques, les autochtones, les personnes itinérantes, les personnes psychiatrisées, les personnes à risques de maladies infectieuses, les personnes déficientes intellectuelles, les personnes judiciarisées, les malades aigus et chroniques. Les auteurs de ce document recommandent une approche de santé publique et portent une attention égale au rôle des organismes comunautaires, des services de première ligne et des services spécialisés.

Le plan régional de services quant à l'utilisation de la méthadone dans l'héroïnomanie a été déposé en décembre 1989. Plusieurs études ont démontré les bienfaits de l'utilisation de la méthadone dans le traitement de l'héroïnomanie. Ce plan propose des axes d'intervention, notamment l'utilisation de la méthadone dans la prévention de la propagation du SIDA, la désintoxication, la stabilisation et la réadaptation des héroïnomanes. Selon l'axe d'intervention, ce document recommande des modalités d'organisation à mettre en place pour l'atteinte des objectifs visés. On estime que quelque 300 personnes héroïnomanes sont aujourd'hui en besoin de services.

Le plan régional de services en toxicomanie pour les personnes judiciarisées, déposé en avril 1989, propose, pour sa part, un plan d'action centré sur quatre points majeurs :

- **La coordination des efforts** par la création d'une table de concertation régionale regroupant des représentants du réseau correctionnel et des affaires sociales spécialisés en toxicomanie;

- **La formation du personnel** du réseau correctionnel à la problématique de la personne toxicomane de même que la formation du personnel du réseau des affaires sociales à la problématique de la personne contrevenante;

- **La diversification des interventions** en favorisant l'accès des services de prévention primaire, secondaire et tertiaire, et en donnant priorité aux personnes qui en sont à leur première sentence pour un délit directement relié à l'usage d'un psychotrope;

- **L'évaluation et la recherche** en favorisant les études épidémiologiques en ce domaine

et l'évaluation des services fournis en toxicomanie.

Le programme régional en prévention primaire de l'alcoolisme et des toxicomanies et en promotion de la santé, réalisé en janvier 1990, établit les priorités d'interventions et la stratégie d'opérationalisation. Les jeunes et les adultes aidants sont la clientèle prioritaire. L'implantation du programme se fera sur une base expérimentale à l'intérieur de deux territoires de CLSC pour l'année 1990-91.

Enfin, un **répertoire des ressources pour jeunes et adultes aidants** présente 1 300 ressources pour la prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies et la promotion de la santé. Nous y retrouvons, dans une première section, les organismes locaux ainsi que la carte des 34 territoires de CLSC. Une autre section présente les organismes desservant l'ensemble de la région. La deuxième partie du répertoire constitue un inventaire des outils spécifiques à l'intervention en toxicomanie, le matériel écrit, audiovisuel et bibliographique.

Itinérance et personnes sans-abri

Une étude sur **les ressources pour personnes itinérantes de la région de Montréal métropolitain** identifie 1 148 places d'hébergement pour les personnes itinérantes de notre région, des services externes et de référence, ainsi que des centres de distribution de repas. L'étude a également identifié 256 unités en maisons de chambres spécifiques aux personnes itinérantes.

Un rapport de recherche, à la suite d'une **étude spéciale sur Dernier Recours**, révèle que du 1er mars 1988 au 28 février 1989, 8 756 clients ont été hébergés dans les missions et refuges de Montréal. À cela s'ajoutent les clients qui ont mangé dans une de ces missions. En extrapolant sur une durée d'un an, les chercheurs obtiennent un total de 15 636 clients itinérants pour notre région. Ce recensement a permis de constater un taux de renouvellement annuel approximatif de 30 % de cette clientèle. Les chercheurs identifient plusieurs problématiques liées à l'itinérance, notamment : l'inaccessibilité des services, le morcellement des actions, l'absence de suivi, l'inaccessibilité au logement adapté, l'absence de ressources adaptée, la surconsommation de médicaments, etc.

Une étude d'impact sur les services d'urgence, dans le cadre du *Programme pour femmes itinérantes* , a été déposée en avril 1989. Elle indique que la salle d'urgence semble constituer la porte d'entrée vers les soins pour plusieurs femmes surconsommatrices de psychotropes. L'état de santé physique et mentale très détérioré de certaines clientes et les conditions liées au sevrage font en sorte que des soins médicaux s'imposent. Les services spécialisés pour femmes itinérantes et ceux de l'urgence hospitalière ne sont donc pas interchangeables, mais sûrement très complémentaires.

Un plan d'action concernant les services aux personnes itinérantes de la région de Montréal, réalisé par un comité spécial de la direction générale, a été déposé au M.S.S.S. en septembre 1989. Il propose différentes mesures visant à rendre prioritaire l'intervention auprès du nouvel itinérant et l'itinérant à problèmes multiples (santé mentale, toxicomanie, etc.). Ses principales propositions sont:

- La consolidation de Dernier Recours Montréal dans son rôle d'accueil et de référence;
- La création d'équipes charnières, d'accompagnement, de suivi et de liaison;
- La création de milieux de transition et d'hébergement à court et moyen termes;
- L'implantation d'un système d'information régional sur l'itinérance;
- La création d'un consortium régional de coordination des services pour les personnes itinérantes;
- L'implantation d'un programme de formation et de support aux intervenants impliqués auprès de l'itinérance;
- La création d'une unité de traitements spécialisés pour les doubles diagnostics.

Jeunesse en difficulté (0-18 ans)

Des travaux en « Santé enfance jeunesse » ont été menés après que la Commission administrative de la mésadaptation sociale a identifié la difficulté pour des enfants, surtout ceux faisant l'objet d'un placement, de bénéficier d'un suivi médical continu. Les travaux du groupe de travail ont été soumis à la consultation. L'analyse des résultats de cette consultation devrait influencer les propositions d'organisation de services.

À la demande explicite d'un centre de réadaptation de notre région, un comité de travail a été mis sur pied afin de mener une consultation sur les services à la petite enfance (0-5 ans), visant à identifier les principaux problèmes reliés à la dispensation des services à la petite enfance dans notre région. Nous avons donc recueilli des données sur ces services auprès d'intervenants oeuvrant sur le territoire du B.S.S. Centre Ville et envoyé ce rapport à l'ensemble des partenaires de la région afin que son contenu soit validé ou nuancé, selon le cas. Ce travail devrait fournir des indicateurs significatifs sur les besoins de la petite enfance de la région.

Comme chaque année, un inventaire des places disponibles dans les centres d'accueil de réadaptation de notre région, autant en interne qu'en externe, a été réalisé. Cet inventaire nous permet de mettre à jour le plan d'organisation des services et programmes dans les C.A.R.

Le conseil d'administration du C.S.S.S.R.M.M. a entériné cette année le cadre théorique de plans de services aux jeunes en difficulté et à leur famille. Ce document, issu d'un travail intensif avec les partenaires de la région, expose les concepts de base qui devraient nous guider dans l'implantation du modèle de plan de services aux jeunes en difficulté et à leur famille. Le plan de services est en quelque sorte une réponse articulée par le jeune, par sa famille et par les intervenants à l'ensemble de ses besoins.

Conformément à la loi, la Commission administrative de la mésadaptation sociale a déposé en cours d'année au conseil d'administration du C.S.S.S.R.M.M. l'ensemble des critères qui régissent l'admission des jeunes en C.A.R. Ces critères garantissent qu'aucun enfant en besoin de services de réadaptation ne soit refusé dans notre région en raison de critères cliniques, administratifs ou organisationnels. Ils ne nient pas la spécificité ni même la spécialisation des C.A.R., ils assurent que, sur un plan régional, la « couverture d'accueil » soit complétée.

Sur invitation de la Ville de Montréal, le C.S.S.S.R.M.M. participe activement, à titre

de membre et de fiduciaire, à la Table de concertation de la Ville de Montréal sur la problématique de la violence, qui regroupe les principales instances engagées auprès de la jeunesse. L'objectif de cette table est d'instaurer un véritable partenariat entre les différentes instances sociales, scolaires, municipales et communautaires, afin de contrer le phénomène de la violence et de tenter de l'enrayer à la base.

Depuis quatre ans déjà, le service à la jeunesse en difficulté gère une fiducie permettant de soutenir des projets de concertation jeunesse inter-établissements et organismes. Ces projets au nombre de dix-huit touchent environ une quarantaine d'établissements et d'organismes, et supportent activement les notions « initiative et travail réseau ».

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et l'implantation de normes provinciales communes (Rapport Harvey), le Conseil régional a démarré des travaux visant à élaborer des protocoles d'entente sur la collaboration entre les directions de la protection de la jeunesse, les C.A.R. et les CLSC de la région. Des projets expérimentaux devraient être définis sous peu.

LES SERVICES MULTICLIENTÈLES DE COURTE DURÉE

Le secteur des services multiclientèles de courte durée travaille principalement à rendre accessibles, de façon continue, complémentaire et rationnelle, les services du réseau hospitalier de courte durée.

Les principaux intérêts ont été le problème des urgences, la gestion du plan des effectifs médicaux, la définition d'un plan d'organisation des services de transplantation d'organes et l'élaboration d'une approche de réadaptation pour les patients de longue durée occupant des lits de courte durée.

Urgences

Devant l'essoufflement des mesures d'urgence implantées en 1986 et la réapparition de cette problématique dans plusieurs salles d'urgence de la région, une réévaluation de la situation dans certains établissements est faite. Après les moyens de pression des infirmières, en juin 1989, et les fermetures d'été de juillet et d'août, pendant lesquelles la situation des salles d'urgence était assez bien contrôlée, la rentrée de septembre a eu des impacts désastreux dans les salles d'urgence. Ainsi, durant la période de septembre à décembre 1989, le débordement pour l'ensemble de la région était de 111%, alors que pendant la période de février dernier, avec les congés scolaires et les vacances des infirmières, l'engorgement régional était de 113%.

Cependant, lorsque l'on examine de plus près cet engorgement, on constate que la distribution est fortement cyclique.

Engorgement 1er juin au 22 septembre	Engorgement 1er octobre au 15 décembre	Engorgement 1er au 28 février
14 C.H.	10 C.H.	11 C.H.
0%	0%	0%
3 C.H.	4 C.H.	3 C.H.
(104 à 133%)	(100 à 113%)	(100 à 113%)
7 C.H.	9 C.H.	6 C.H.
(120 à 160%)	(114 à 140%)	(114 à 140%)
2 C.H.	3 C.H.	6 C.H.
(200 à 217%)	(141 à 217%)	(141 à 213%)

Quant à la proportion de patients de + 48 heures sur le total des patients couchés à minuit, elle est constante, à 20 %.

Depuis décembre dernier, des visites ont été effectuées dans six hôpitaux de courte durée opérant une salle d'urgence : L'Hôpital général Juif, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Reddy Memorial, l'Hôpital Reine Elizabeth, le Centre hospitalier St-Mary et l'Hôpital Royal Victoria. Elles nous ont permis de dégager des recommandations locales et régionales que nous avons soumises au M.S.S.S. à la mi-février 1990.

Effectifs médicaux

La gestion des plans d'effectifs médicaux et dentaires est l'une des priorités du ministre; les plans régionaux et les plans des établissements doivent être déposés tous les trois ans. La première année de l'entente entre le ministère, le Conseil régional, l'Université de Montréal et l'Université McGill (1988-89), s'est soldée par un ajout brut de 98 nouveaux médecins pour la région, sur une possibilité de 100. Pour l'année 1989-90, l'entente prévoit 100 nouvelles nominations.

La programmation a permis de toucher principalement :

La néonatologie

Nous avons déployé beaucoup d'énergie, avec nos partenaires du réseau, à prouver la nécessité d'augmenter le nombre de ressources disponibles dans notre région pour les nouveau-nés qui nécessitent des soins intensifs très spécialisés. Notre demande, déposée au M.S.S.S. à la fin juin 1988, s'est vue en grande partie réalisée au cours de l'année 1989 : dix-sept lits additionnels ont en effet été ouverts, ce qui a nécessité une contribution de l'ordre de 2,5 millions de dollars de la part du M.S.S.S., dont 2 millions sont récurrents. À la fin de notre étude, le M.S.S.S. décidait d'approfondir sa connaissance de la problématique entourant la néonatologie à travers le Québec, et nous invitait à participer à ses travaux. Soulignons le rôle de leadership de notre région dans l'instauration d'un système de communication-référence néonatale reliant tous les centres de néonatologie du Québec, durant la période délicate de négociations des infirmières; le centre de coordination du système, basé à l'Hôpital de Montréal pour enfants, a permis d'assurer l'utilisation optimale des lits avant de songer au transfert des enfants dans des hôpitaux hors du Québec.

Les transplantations d'organes

L'année 1989-90 a vu s'achever un autre dossier d'envergure, celui de la planification des services en matière de transplantation d'organes vitaux. Notre région joue un rôle capital au Québec puisque, à l'exception de la greffe du rein, il assume la responsabilité de l'ensemble des programmes de greffes d'organes vitaux. Ainsi, sur les 281 greffes

réalisées au Québec en 1989 (cœur, cœur-poumons, poumons, reins, pancréas et foie), 223 ont été faites dans les hôpitaux de Montréal, soit 80 % du total. Nous estimons qu'une intervention de ce type coûte entre 40 000 $ et 110 000 $, selon le type d'organe greffé, et qu'il en coûte un tiers plus cher lorsque l'intervention est effectuée dans des hôpitaux pédiatriques. Compte tenu de la croissance importante des besoins en ce domaine et des coûts qui y sont rattachés, nous avons déposé un plan d'organisation de services qui repose sur la Planification régionale intégrée des programmes de transplantation d'organes (PRITO). Ce plan a pour objet d'orienter le développement des programmes et de veiller à ce que les besoins en services et l'accessibilité correspondent mieux aux réalités du don d'organes et aux disponibilités budgétaires. À la lumière des données disponibles, selon une prévision minimale et maximale, il faudrait considérer à notre avis un coût additionnel de développement de l'ordre de 11 millions à 28 millions de dollars pour réaliser les transplantations prévues d'ici 1992 dans les hôpitaux de Montréal.

Le SIDA

Entre le 4 et le 9 juin 1989 se tenait à Montréal la Cinquième conférence internationale sur le SIDA. Nous avons tout d'abord travaillé à faciliter la coordination des plans d'action entre le secrétariat de la Conférence, le D.S.C. du territoire, les forces policières, les autorités civiles et ministérielles et les diverses ressources de santé et de services sociaux susceptibles de participer aux soins de secourisme, d'urgence préhospitalière et aux soins hospitaliers d'urgence. Cet événement, tenu au Palais des Congrès, prévoyait personnes, parmi lesquelles de nombreux délégués officiels de divers pays. Nos efforts ont conduit à la clarification des rôles des intervenants, de sorte que les soins de santé requis par les congressistes ont été donnés promptement et sans embûche tout au long des préparatifs et de l'événement lui-même.

Nous avons également collaboré, au cours de l'année 1989, avec le Centre québécois de coordination sur le SIDA (C.Q.C.S.) afin de répartir l'enveloppe budgétaire disponible entre les centres hospitaliers désignés pour une vocation suprarégionale vis-à-vis des personnes atteintes du SIDA. En décembre 1989, le C.Q.C.S. désignait l'Hôtel-Dieu de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital Royal-Victoria ainsi que l'Hôpital général de Montréal pour assumer, dans notre région, les services suprarégionaux. Nous avions alors participé à l'identification des grands axes de responsabilité auprès de ces centres hospitaliers. Les sommes octroyées pour ces services par le M.S.S.S. s'élèvent annuellement à 800 000 $ pour les services hospitaliers et à 100 000 $ pour les services sociaux hospitaliers.

LES SERVICES SOCIAUX MULTICLIENTÈLES

Les services sociaux multiclientèles, un secteur nouvellement créé à la Direction de la programmation, s'est vu confier au début de l'année 1989-1990 le mandat suivant :

- examiner l'organisation et le financement des services sociaux dans la région;
- les familles d'accueil.

À l'automne 1989, un plan d'action, axé sur six objectifs principaux, était déposé et accepté à la Direction de la programmation.

Assurer la liaison entre le C.S.S.S.R.M.M. et les trois C.S.S. de la région.

Nous avons créé, animé et coordonné une « table C.S.S./C.S.S.S.R.M.M. » réunissant les trois directeurs généraux des C.S.S. et leurs adjoints, le directeur de la programmation du Conseil régional et le responsable du secteur.

Développer avec le M.S.S.S. des liens en ce qui concerne les services sociaux dans la région.

Dresser un portrait régional de l'organisation et du financement des services sociaux dans la région ainsi que les besoins de développement.

Cette démarche d'envergure s'est bien amorcée avec la collaboration des trois C.S.S. Une première étape, consistant à cueillir l'information qualitative sur les profils des clientèles rejointes, les problématiques rencontrées, les services rendus, les services qui manquent et les directions impliquées, est terminée.

Contribuer au traitement et à l'avancement de certains dossiers régionaux prioritaires.

- L'articulation du programme familles d'accueil avec les autres ressources composantes du réseau ;
- L'élaboration et l'adoption des orientations du C.S.S.S.R.M.M. pour un mécanisme d'accès aux services deuxième ligne des personnes handicapées intellectuelles (Accès-réseau);
- Le dossier « Transfert » : nous avons co-animé un comité de travail C.S.S.-CLSC-C.S.S.S.R.M.M., sur le transfert des auxiliaires familiales et produit un document décrivant les clientèles, les rôles et les mandats des auxiliaires des C.S.S.

Contribuer aux plans régionaux d'organisation de services.

Dans le cadre du dossier « SIDA », de concert avec les trois C.S.S., nous avons produit et acheminé au C.Q.C.S. un document synthèse identifiant les besoins des clientèles atteintes de SIDA en matière de services sociaux de deuxième ligne. Les recommandations retenues concernent la répartition, entre C.S.S., des ressources financières destinées au développement de places en familles d'accueil et la consolidation de postes de travailleurs sociaux dans les C.H.S.C.D. désignés.

Quant au dossier « Communautés culturelles », nous avons dressé un état de situation synthèse pour chacun des C.S.S., axé sur les moyens d'action actualisés par ces derniers.

Enfin, nous participons au « Comité de coordination sur les objectifs de santé et de bien-être ».

LES COMMISSIONS ET LES COMITÉS DE LA DIRECTION

Commission administrative des approvisionnements en commun

Groupe A - établissements anglophones

Groupe B - C.H. universitaires (U. de MTL)

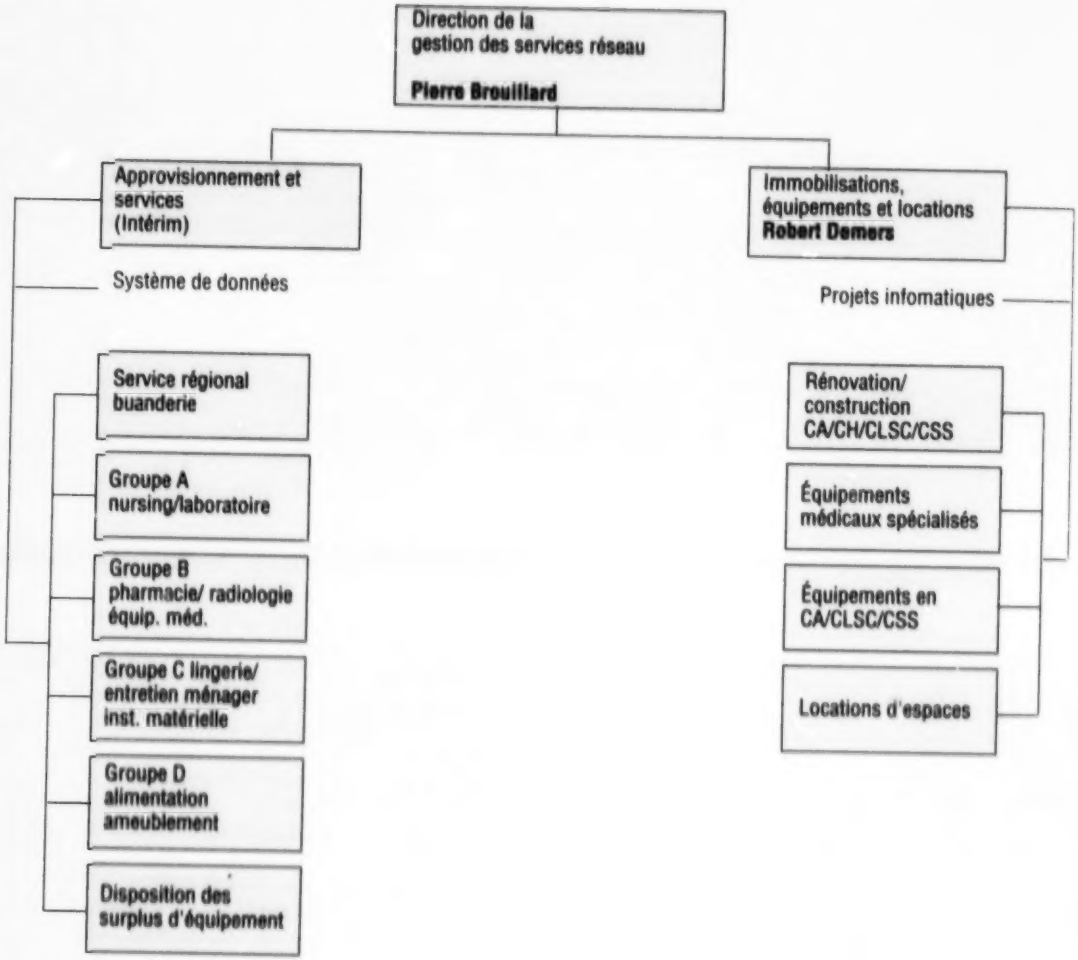
Groupe C - Regroupement des moyens et petits C.H.

Groupe D – C.A., CLSC, C.S.S.

Commission administrative des immobilisations C.H.

Comité régional de buanderie

Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A, CLSC, C.S.S.



La Direction de la gestion des services réseau

Préoccupé d'instaurer une gestion décentralisée et de susciter une participation continuelle des administrateurs des établissements, le Conseil régional a réaménagé en deux directions l'ancienne direction des services administratifs. La Direction de la gestion des services réseau fut ainsi créée avec un mandat spécifiquement relié aux ressources matérielles de la région : immobilisations, équipements, locations d'espaces, approvisionnements et services en commun, sont désormais regroupés dans un objectif de complémentarité et de rationalisation régionale.

Les activités reliées à cette direction proviennent des projets soumis par les établissements et sont gérées par sept commissions administratives et comités composés de 80 représentants élus, provenant de toutes les catégories d'établissements. Ces commissions et comités ont tenu quelque 100 rencontres cette année; le volume d'affaires géré par la direction est de 205 529 614 $. Le coût d'opération des activités est de 2 099 211 $, soit 1,02% des budgets disponibles.

Axée sur le support aux administrateurs des établissements, la Direction de la gestion des services réseau constitue donc, comme le veut d'ailleurs son identification, une aide précieuse et un regroupement d'expertises variées et compétentes, qui se renseigne continuellement sur les produits ou les services requis pour le maintien et le développement de programmes de santé et sociaux nécessaires aux bénéficiaires. Les résultats obtenus sont le fruit d'une complémentarité entre les établissements et le Conseil régional, le fait d'une participation importante des divers intervenants membres des comités et des commissions.

LE SERVICE IMMOBILISATIONS, ÉQUIPEMENTS ET LOCATIONS

Rénovations - Construction C.H., C.A., CLSC, C.S.S.

Une réorganisation administrative fusionnait les services des ressources matérielles en C.H. et C.A., CLSC, C.S.S. De plus, les secteurs construction en C.H. et C.A., CLSC, C.S.S. forment maintenant une organisation intégrée; par contre les secteurs « équipements » et « locations » demeurent des entités propres. Les objectifs escomptés d'une telle solution se révèlent atteints après quelques mois de consolidation.

C.A., CLSC, C.S.S.

Le comité d'appréciation des projets en immobilisations (CAPI) a évalué les demandes déposées par les établissements pour l'année et autorisé, selon les budgets disponibles, des travaux reliés à la sécurité, la vétusté, la rénovation fonctionnelle et l'augmentation de capacité des centres. De plus le CAPI a accepté un certain nombre de projets devant faire l'objet de recommandations du conseil d'administration auprès du Ministère, soit à cause de leur coût (250 000 $ et plus) soit à cause de leur caractère de développement. Les demandes sont analysées par catégorie d'impacts sur l'immeuble, les systèmes, les soins requis et les activités du personnel.

	CAH	CAR	CLSC	Total	Subventions CSSSRMM
Sécurité	5	7	0	12	263 860 $
Vétusté	11	18	1	30	1 533 500
Rénovation fonctionnelle	19	8	6	33	2 376 200
	35	33	7	75	4 173 560 $

Centres hospitaliers

La Commission des immobilisations en centres hospitaliers coordonne les programmes d'intervention en ce qui concerne le développement et le réaménagement des services et des édifices de la région. Cette année, des actions spécifiques ont porté sur les travaux à réaliser dans le contexte des normes de sécurité d'incendie. Les dossiers de la vétusté physique du parc immobilier ont particulièrement préoccupé les administrateurs. Enfin, quelques mandats spéciaux, comme le désengorgement des urgences, ont permis de poursuivre des travaux spécifiques. La commission a réparti entre les C.H. publics, sur la base des priorités qu'ils ont exprimées, l'enveloppe régionale allouée par le Ministère pour le maintien des actifs.

	# Projets	Subventions CSSSRMM
Construction	61	5 351 100 $
Incitatifs	9	104 008
Études techniques	4	75 000
	74	**5 553 100 $**

Équipements

C.A., CLSC, C.S.S.

Outre l'évaluation des demandes des établissements et l'attribution des budgets disponibles, ce secteur s'est vu confier des mandats spécifiques, notamment l'application de la décision ministérielle de pourvoir à de l'équipement spécialisé pour les handicapés obèses et, dans le cadre des subventions accordées à des établissements pour personnes handicapées, de fournir, de contrôler et de payer du matériel spécifique, en association avec le secteur de maintien à domicile de la Direction de la programmation.

	# Projets	Subventions CSSSRMM
Développement d'équipement	21	591 500 $
Renouvellement d'équipement	140	3 343 189
Gros équipement	24	280 330
Équipement pour personnes handicapées à domicile	462	313 229
Handicapés obèses	1	109 100
	648	**4 637 348 $**

Centres hospitaliers

La Commission des immobilisations en C.H. travaille à partir des requêtes prioritaires des établissements et établit un programme de réalisations, en considérant, entre autres, l'organisation régionale des services, les besoins locaux de remplacement et de développement dans un contexte de nouvelles technologies. Elle recommande les autorisations d'achat dans les limites du pouvoir du Conseil régional. Elle recommande aussi au M.S.S.S. les demandes qui dépassent les capacités réglementaires régionales de financement, soit 1 000 000 $ par projet.

Le programme budgétaire pour l'année écoulée s'est réalisé dans ces limites :

	# Projets	Subventions CSSSRMM
Équipement spécialisé	72	5 958 822 $
Équipement ord/psych-ped	7	846 400
Équipement ord. C.H.S.L.D.	5	74 880
	84	**6 880 102 $**

Enfin, une mise à jour, une relance du plan régional de développement de la résonance magnétique dans les C.H., un projet de péréquation interrégionale et une valeur de remplacement des parcs d'équipements ont été complétés et transmis au M.S.S.S.

Locations

Une des responsabilités de la direction consiste à développer le programme de gestion des baux sur le territoire. Afin de rationaliser et de développer cette opération, le secteur a mis en place un système informatisé intégré de gestion des baux incluant, à partir des listes existantes, l'état de la situation de chaque dossier, les informations requises pour la mise à jour de cette liste et l'insertion des données pertinentes de chaque bail. Ces données permettent de gérer ce mandat dans le cadre de la mission du C.S.S.S.R.M.M. et des changements continus compte tenu des disparités sous-régionales du marché locatif, en connaissant les impacts budgétaires des différentes clauses et conditions des baux. Enfin, les transactions hebdomadaires du service (procédure d'autorisations et d'engagements financiers) sont dorénavant intégrées à ce système.

Les baux

Catégories d'établissements	Nombre de baux	Montants
C.H.	36	2 358 133,79 $
C.A.H.	6	410 465,96
C.A.R.	87	4 015 717,50
CLSC	53	6 951 485,35
C.S.S.	17	4 283 385,89
Total	**199**	**18 019 188,49 $**

LE SERVICE APPROVISIONNEMENTS ET SERVICES

Approvisionnement en commun

L'approvisionnement est de compétence locale. Dans un contexte manufacturier où nous observons une grande concentration d'industries manufacturières et une diminution du nombre de distributeurs locaux, les administrateurs d'établissements se sont groupés dans une activité collective d'achats qui ne cesse de se développer. Le C.S.S.S.R.M.M. maintient quatre commissions définies par la spécificité ou la vocation des clientèles.

Les délégués des établissements, les utilisateurs (chefs de services), les acheteurs et enfin les directeurs financiers et les directeurs des services auxiliaires expriment leurs besoins en biens et services, ce qui permet d'établir le programme annuel d'évaluation de produits, de publication de normes, de négociations et d'octrois de contrats.

Le C.S.S.S.R.M.M., en tant que gestionnaire d'activités de mise en commun, est le mandataire, le courtier des établissements; à l'occasion, il aide les établissements au niveau de leur service d'achats par l'implantation de système de gestion des stocks et de contrôle des inventaires. Plusieurs établissements ont maintenant informatisé leurs opérations dans cette veine avec des systèmes compatibles à celui du Conseil régional.

Les négociations de nouveaux dossiers démontrent une économie moyenne de 10 % pour les établissements participants. Pour les renouvellements de contrats, l'indice de variation de coûts se situe en deçà de

l'indexation des budgets alloués par le M.S.S.S. aux établissements. Les commissions d'achat en commun ont négocié des renouvellements de contrats et ouvert de nouveaux secteurs conformément aux mandats reçus des établissements et en continuelle participation avec leurs représentants.

Pour cette année 492 contrats ont été octroyés auprès de plus de 500 fournisseurs pour une valeur de 165 766 316 $, soit 9% de plus que l'an dernier. Ce montant réflète la valeur pour les quantités mandatées à son organisme régional par les 202 membres participants. La réalité, telle que démontrée par les rapports de ventes des fournisseurs, présente une valeur plus importante. Les statistiques découlant des mandats dénotent que 32% des achats de la région sont regroupés par ce programme régional.

Non seulement le contrôle sur les coûts d'acquisition des biens et services est important, mais il ne faut pas non plus négliger les effets des programmes sur le contrôle de la qualité, et l'effet de la rationalisation et de la standardisation réalisées par les utilisateurs eux-mêmes. Cette opération s'est réalisée à un coût de 0,6% du volume négocié connu et une étude de l'ENAP a montré que chaque établissement obtient un retour sur investissement de 14,6 fois.

Négociations regroupées

Secteurs	# de contrats	Valeur $
Laboratoire	35	5 026 137
Pharmacie	146	65 888 783
Radiologie	21	3 589 271
Administration	13	4 140 177
Informatique	1	349 000
Alimentation	72	27 911 524
Buanderie et lingerie	2	20 106 719
Entretien ménager	60	5 766 213
Fonct. des installations	36	2 644 321
Entretien des installations	–	–
Fournitures médicales	10	2 219 733
Immobilisations	21	5 101 589
Total	**492**	**165 766 316**

Service régional de buanderie

Le Conseil régional a pour mandat de gérer une activité de rationalisation dans un contexte de compétition entre 8 fournisseurs privés et parapublics. Soixante-quinze des 157 établissements publics requièrent un service extérieur de buanderie, pour le traitement de quatorze millions de kilogrammes de lingerie souillée. Le parc immobilier d'équipements doit être examiné en profondeur afin d'en connaître l'état de vétusté, d'en évaluer la pertinence de remplacement ou de recourir à des services externes.

Afin de préserver une situation industrielle compétitive importante et de maintenir des emplois dans le réseau public et privé, un programme de rationalisation de services a été convenu par une répartition de volumes de linge à traiter avec une péréquation régionale pour le prix de revient. Enfin, le mandat a été

également de prévoir la rationalisation de ce service dans :

- l'étude de fermeture ou de renouvellement de buanderies internes d'établissements;
- la rationalisation de la lingerie utilisée (inventaire et normes);
- l'accroissement de la rentabilisation de B.C.M. inc.;
- l'obtention d'un coût moyen le plus bas possible sur le territoire de la part de tous les fournisseurs.

Fournisseurs	Établissements
B.C.M. inc.	20
Industries privées	46
Technibor inc.	5
C.H. (à capacité excédentaire)	4
	75

Disposition de surplus

Dans une région comme la nôtre où se trouve un nombre important d'établissements de catégories et de vocations différentes, devant répondre à des besoins changeants et variés des bénéficiaires, il est évident que le matériel utilisé doit correspondre aux demandes. Aussi, depuis quelques années, nous gérons un service de transfert et de disposition inter-établissements de « surplus » de mobilier, d'équipement, etc. Ceci a permis à plusieurs organismes d'obtenir des produits sans frais ou à coût moindre. La Direction de la gestion des services réseau a établi un moyen de communication entre les établissements permettant de connaître l'existence de produits disponibles et plus utilisés ailleurs. Nous évaluons que ce transfert de produits a permis des économies de près de 500 000 $ en 1989-90, tout en assurant une utilisation plus longue de ce matériel, qui serait autrement entreposé.

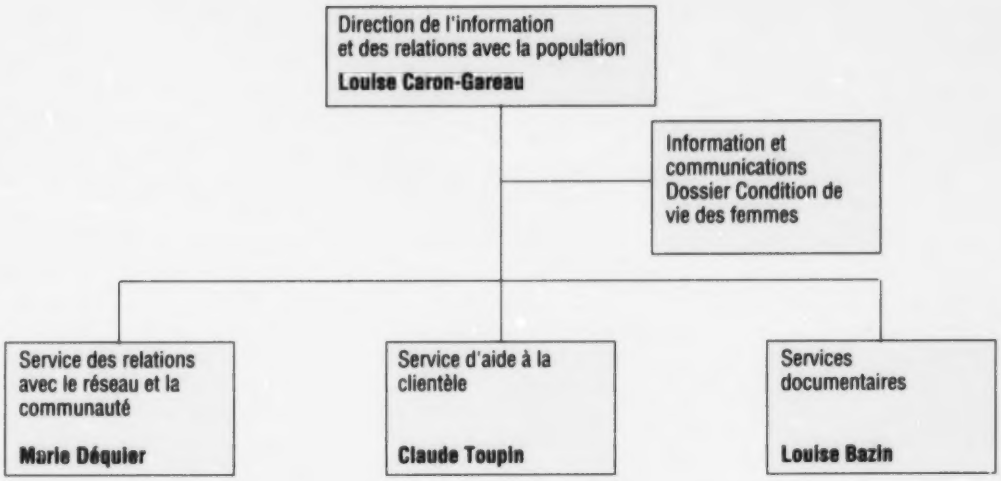
LES COMITÉS DE LA DIRECTION

Équipe régionale en documentation

Table de concertation des porte-parole des malades

Table de concertation en matière de violence conjugale

Table de concertation sur les services aux victimes d'agression sexuelle



La Direction de l'information et des relations avec la population est responsable de toutes les activités de communication et de relation avec la communauté du Conseil régional. Elle est organisée autour de trois services, résolument orientés vers la clientèle des services de santé et des services sociaux et vers la qualité des services. La direction s'était fixé, outre la bonne gestion de ses activités, trois objectifs prioritaires pour l'année 1989-90 : l'écoute, la participation, l'organisation.

L'écoute

Pour bien actualiser les mandats régionaux et comprendre les problématiques vécues, être à l'écoute, c'est intensifier les liens et la communication avec la population, les communautés, les intervenants du réseau; c'est être sensibilisé aux besoins et aux réactions du citoyen, de l'usager, des clientèles cibles, des minorités, des groupes de pression, etc., face aux nouveaux programmes et approches du Conseil régional. Par exemple, l'écoute du citoyen aux prises avec des problèmes d'intégration aux nouvelles orientations de la politique en santé mentale est considérée comme prioritaire.

Soulignons en premier lieu la présence quotidienne du Service d'aide à la clientèle : il a répondu à 6 956 appels d'information, de consultation, de référence, portant sur la structure du réseau, ses politiques, les systèmes d'admission, les programmes spécifiques, les centres de crise, les droits et recours, etc.

Concernant les plaintes, c'est-à-dire la non-satisfaction de l'usager vis-à-vis les services de santé et les services sociaux, 1 288 objets de plaintes ont été traités. Ils ont permis de

cerner des lacunes et de sensibiliser professionnels et administrateurs aux situations problématiques en ce qui concerne particulièrement :

- **l'accessibilité aux ressources et aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou une déficience physique et sensorielle et présentant plusieurs handicaps sur le plan de la santé mentale** (situation de crise, troubles du comportement, maladie mentale...). Dans ce domaine, nous avons identifié des besoins au niveau du maintien à domicile, des familles d'accueil régulières, spéciales et de réadaptation, de la réadaptation à long terme, de l'urgence psychiatrique, de l'encadrement et des soins intensifs, de l'hébergement, de la coordination relative à l'élaboration, la réalisation et le suivi d'un plan de services concerté et intégré;

- **l'accessibilité aux ressources psychiatriques des C.H.S.C.D.,** problématique qui oppose la politique de sectorisation au choix de la ressource et à la question linguistique (francophone/anglophone);

- **l'accessibilité aux services d'urgence hospitalière et à long terme** pour les personnes âgées dépendantes dont on peut présumer un besoin d'hébergement à long terme (problématique conjointe C.H./C.S.S.);

- **l'accessibilité aux services d'urgence hospitalière et aux soins actifs** pour les usagers des services d'hébergement et de soins de longue durée;

- **l'accessibilité à la chirurgie élective** (cas cardiaques...);

- **l'accessibilité aux services d'adoption et de retrouvailles;**

- **l'accessibilité aux services de réadaptation** pour les handicapés physiques (programme petite enfance);

- **la sectorisation et le choix de l'établissement** concernant les réseaux de la déficience intellectuelle, de la santé mentale, de l'hébergement et des soins de longue durée;

- **l'accessibilité, la qualité et la continuité des services d'urgence préhospitalière;**

- **la qualité du milieu de vie en établissement** et le traitement des situations d'abus, d'exploitation, de négligence et de violence (personnes âgées en perte d'autonomie et cas psychiatriques chroniques);

- **l'aspect financier** : clarification des lois, des politiques et des normes de gestion (les zones grises et la complexité des interprétations possibles).

Répartition des objets de plaintes selon les critères d'évaluation

Critères d'évaluation	fondés	Non fondés	Autres	total
Qualité des soins dispensés au bénéficiaire	113	76	34	223
Qualité des relations humaines et des communications	166	39	23	228
Accessibilité et continuité des services	293	193	35	521
Qualité du milieu de vie et qualité des ressources matérielles	94	31	26	151
Aspect financier	41	44	13	98
Autres droits des bénéficiaires	30	24	13	67
	737	407	144	1 288

Ces dossiers de plaintes nous permettent également de faire les recommandations appropriées aux établissements et au Conseil régional. Grâce à cela, nous pouvons connaître et rejoindre facilement les intervenants du réseau; des situations malheureuses ou tout au moins problématiques peuvent être dénoncées et corrigées. Des établissements présentant certaines situations problématiques ont été soutenus dans leurs actions et nous sommes intervenus auprès de huit ressources dénoncées comme étant sans permis, exigeant donc une relocalisation de la clientèle.

Répartition des objets de plaintes fondés selon les populations types
Période du 01/04/89 au 31/03/90

	Problèmes psycho-sociaux	Déficience physique et sensorielle	Déficience intellectuelle	Maladie mentale	Maladie physique	Personnes en perte d'autonomie	Autres
Qualité des soins-services dispensés aux bénéficiaires	4	7	0	5	73	31	1
Qualité des relations humaines et des communications	4	3	2	12	111	36	4
Accessibilité et continuité des services	15	43	21	31	135	71	4
Qualité du milieu de vie et qualité des ressources matérielles	0	9	3	14	22	59	1
Aspect financier	2	3	3	1	28	4	3
Autres droits des bénéficiaires	1	0	0	12	10	6	2

La réception et le traitement des plaintes constituent donc pour le Conseil régional un outil d'évaluation privilégié; cette responsabilité lui permet d'exercer son rôle quant à la distribution des services socio-sanitaires de qualité. L'apport de la population s'avère donc une contribution importante pour l'amélioration continue du système de soins et services.

Nous devons souligner, dans l'esprit d'une meilleure écoute et d'une sensibilisation plus aiguë aux réalités vécues, notre collaboration étroite avec les ombudsman des établissements; cinq rencontres ont eu lieu, permettant d'échanger sur les problèmes vécus dans le milieu, les moyens d'intervention préconisés, l'entraide nécessaire, etc.

Enfin, soucieuse de s'informer et de ne rien négliger à cet égard, l'équipe de direction a été activement présente, par le biais de conférences, d'études, de rencontres, de colloques. Elle a assisté à un peu plus de 92 réunions.

Et conscients de l'immense difficulté qu'éprouve le citoyen à trouver l'information pertinente à ses besoins, conscients de la mauvaise utilisation qu'il peut faire du 911, nous avons participé au comité de travail mandaté pour déterminer un mécanisme facile d'accès pour avoir l'information. Des recherches sont actuellement menées au niveau du Centre de référence du grand Montréal et des CLSC pour définir cette ressource.

La participation

Dans le cadre de cet objectif principal du Conseil régional, la direction avait pour

mandat de développer des moyens concrets et pratiques permettant de soutenir la formule du partenariat, en facilitant la compréhension, l'exercice et la volonté; elle devait également élaborer une politique de participation intéressante pour les partenaires, basée sur les règles suivantes :

- le souci d'être à l'écoute des groupes représentant la population;
- la reconnaissance de la participation au niveau local et régional;
- la clarification et le souci d'informer sur les positions et objectifs du C.S.S.S.R.M.M.;
- la compréhension de la participation dans le sens de l'évaluation et de l'expression du degré de satisfaction.

Dans un premier temps, le défi consistait à cerner « l'élément participation » au Conseil régional et dans le réseau. Pensons en tout premier lieu à la participation au niveau des conseils d'adminitration du réseau : les élections ont eu lieu dans 154 établissements pour combler 861 postes; le service a répondu à plus de 619 demandes d'information, d'orientation et d'interprétation et un rapport a été déposé au conseil d'administration. Le tableau suivant donne le partage par collège électoral.

Socio-économiques	308
Conseil consultatif du personnel clinique	154
Personnel non clinique	154
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	95
Internes et résidents	21
Universités	29
Centres de services sociaux	48
Centres hospitaliers	38
Centres d'accueil	6
Centres locaux de services communautaires	8
TOTAL	**861**

La représentation féminine, dans ces conseils d'administration, est de 35,5% et 11,3% des administrateurs ont plus de 65 ans. La consultation auprès des organismes socio-économiques a rejoint 1 100 organismes dont 300 provenaient des communautés ethniques; 475 noms ont été acheminés au M.S.S.S. en guise de candidatures potentielles.

Notons également la participation de la population au fonctionnement du Conseil régional, soit par le biais de son conseil d'administration, soit au niveau de ses commissions administratives et de ses comités. Quelque 200 personnes sont membres de nos 14 commissions et environ 800 personnes siègent sur nos quelque 40 comités.

Le dossier « Condition de vie des femmes » est aussi un bon exemple de la participation sur une problématique spécifique : deux tables multisectorielles, composées de membres provenant autant de la communauté que des services de police, du ministère de la Justice, ou du réseau de la santé et des services sociaux, alimentent les réflexions du Conseil régional sur la violence conjugale, les victimes d'agressions sexuelles. Trois dossiers spécifiques sont élaborés :

- collaboration avec le regroupement des CLSC sur un protocole d'accueil et de dépistage en violence conjugale;
- document d'information sur les procédures judiciaires pour les femmes violentées et les conjoints violents;
- cueillette de données sur le profil de la clientèle, le type d'agressions et les services demandés ou reçus pour les victimes d'agressions à caractère sexuel;

Enfin, nous avons pu déposer le cadre général d'un guide de participation, se référant en premier lieu :

- à un énoncé de principes;
- à la consultation comme mode de participation;
- à la place des organismes communautaires au Conseil régional.

L'organisation

Les activités et le fonctionnement des trois services de la direction étaient orientés vers les clientèles cibles, les deux premiers objectifs d'écoute et de participation étant prioritaires. Les activités et les ressources devaient être réorganisées et sélectionnées selon les principes d'action suivants : écoute et présence, information et participation, qualité des services, respect des droits, concertation et leadership.

L'objectif « organisation et gestion » concerne le fonctionnement administratif de la direction; il faut comprendre qu'un des rôles de cette direction est le soutien aux autres directions, que ce soit par le biais de son centre de documentation, par ses possibilités de recherche, par sa gestion documentaire, par ses fichiers, par sa responsabilité d'information et de communication.

En tout premier lieu, nous avons restructuré la direction et attaché deux dossiers, celui des Communications et celui de la Condition de vie des femmes, au bureau de la direction. Pour le dossier « Condition de vie des femmes », il s'agissait de développer une visibilité et une meilleure intégration aux activités du Conseil régional; quant au dossier Communications, d'une importance capitale dans la période que nous vivons, il nous permet de répondre aux urgences, d'établir nos priorités et de faire le point. De nombreuses activités doivent être signalées :

- la publication du rapport annuel d'activités 1988-89;
- la participation à deux salons d'exposition et la mise sur pied de trois kiosques d'information sur le C.S.S.S.R.M.M.;
- l'élaboration du plan de communication et d'activités pour soutenir les dossiers suivants :
  - déficience intellectuelle;
  - santé mentale;
  - objectifs santé – bien-être;
  - accessibilité – communautés culturelles.

Au niveau de l'information, nous avons publié neuf numéros du feuillet interne « *D'un étage à l'autre* » et cinq numéros du « *Spécial info* » traitant de dossiers spécifiques (ce spécial est envoyé dans le réseau des établissements et le réseau communautaire).

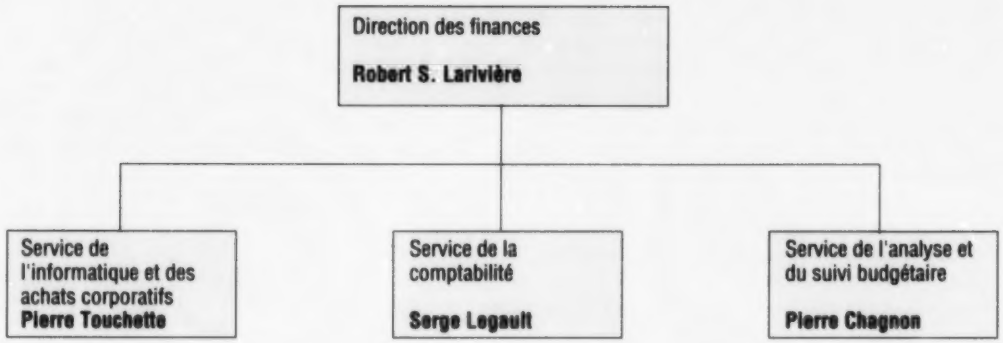
Neuf rencontres d'information ont permis d'échanger avec des délégations extérieures et des étudiants des universités de Montréal et McGill. Trois activités spécifiques à l'interne ont été organisées par l'équipe : la Journée de la femme; SIDA au féminin; Loi 146 (sur le patrimoine familial).

Dix brochures ont été publiées ou remises à jour; la dernière portait sur les possibilités de recours de la population. Les relations avec les médias ont permis de répondre à 107 demandes d'information sur les dossiers, de réaliser 16 entrevues et d'organiser un déjeuner de presse.

Enfin, les services documentaires ont supporté les différents secteurs d'activités du Conseil régional au niveau de la documentation et de la recherche, de la gestion des dossiers, des fichiers des établissements, des règles d'application de la Loi d'accès à l'information, etc.

Le tableau suivant résume l'ensemble de ces activités, auxquelles nous devons ajouter la publication hebdomadaire d'un document d'information sur toute la documentation qui circule au centre.

Services documentaires	
Prêts de documents ou photocopies (P.V.I.)	6 590
Demandes d'emprunts entre bibliothèques (P.E.B.)	413
Recherches : interne (collection)	235
interne (banques externes informatisées)	17
externe	593
Acquisitions	932
Avis de parution	28
Documents distribués	14 703
Gestion des dossiers	
Mises à jour	1 437
Implantation (nombre de dossiers)	1 054
Transferts (nombre de boîtes)	237
Destruction (nombre de boîtes)	153
Fichier des établissements	
Mises à jour	551
Rapports spéciaux	88



La direction des finances s'était fixé, pour 1989-90 quatre objectifs prioritaires :

- dans le cadre de la décentralisation et du partage des champs d'action entre les gestionnaires et les services financiers, établir des liens avec les gestionnaires de fonds et revoir le mode de préparation budgétaire;
- dans toutes les opérations, maintenir l'équilibre budgétaire;
- compléter le plan directeur informatique et restructurer le service informatique en fonction des opérations existantes; l'informatisation des données relatives à la politique de la santé mentale est prioritaire;
- compléter le développement d'un système informatisé de données financières pour tous les secteurs du Conseil régional;

Les priorités ont donc été établies sur la base de ces quatre objectifs et toutes les activités de la direction ont été menées dans ce sens.

Les services financiers

Notre priorité première consistait à **organiser des rencontres avec les gestionnaires de fonds**, qui porteraient **sur le nouveau guide de gestion financière et sur la préparation budgétaire**. À cet effet, nous avons tenu une session de groupe ainsi que des rencontres individuelles avec les directeurs, concernant le Manuel de gestion financière et la préparation budgétaire de l'année qui vient. Par ailleurs, des rencontres ont eu lieu avec les gestionnaires de fonds, à la fois en présence des directeurs concernés et sans eux, surtout pour analyser l'évolution des divers fonds, dans l'optique d'une meilleure compréhension et d'une meilleure gestion par les responsables. Précisons que les directeurs gèrent le budget d'exploitation de leur direction respective, alors que les responsables gèrent les fonds destinés aux diverses clientèles du réseau.

En ce qui concerne la **mise en oeuvre des recommandations retenues par le vérificateur externe**, nous considérons que 90% des recommandations ont été appliquées.

Les autres recommandations sont en cours de réalisation. Elles concernent l'élargissement du système d'informations financières permettant l'introduction de renseignements extra-comptables maintenus à jour par les gestionnaires de programmes et de fonds sous forme d'auxiliaires. Nous comptons prendre position sur cette question au plus tard en juin 1990. Ces recommandations concernent également les moyens de reprise dans l'environnement informatique. Étant donné qu'ils sont inclus dans les contrats d'acquisition d'équipement et que le plan de remplacement de l'équipement sera réalisé à 80% au 31 mars 1990, nous considérons que cette recommandation est pratiquement accomplie.

Quant à la **révision des méthodes et des procédures comptables après informatisation,** elle prendra effet dès que nous aurons modifié ou remplacé le système actuel, soit dans les mois qui suivront les nouvelles acquisitions de systèmes et / ou d'équipement informatique aux services financiers.

Nous nous étions fixé également de départager les enveloppes budgétaires et les dépenses d'opération entre le C.S.S.S.R.M.M. et Urgences santé. Depuis le 12 août 1989, les activités financières d'Urgences santé sont distinctes de celles du Conseil régional. Un système de facturation des services communs demeure en vigueur moyennant des ajustements occasionnels en fonction des coûts réels. Ce système disparaîtra graduellement au fur et à mesure qu'Urgences santé se séparera du Conseil régional.

Une autre de nos priorités consistait à **consolider les enveloppes budgétaires par direction dans le respect du Manuel de gestion financière des conseils régionaux**. Les enveloppes budgétaires tiennent maintenant compte des revenus propres à chacune des directions, notamment les remboursements de dépenses par le SPAS, la facturation spécifique à Urgences santé, le recouvrement de dépenses par des transferts autorisés de certains fonds affectés, etc.

Dans toutes les opérations, nous devions **maintenir l'équilibre budgétaire**. Au 27 janvier 1990, les opérations courantes du C.S.S.S.R.M.M. étaient en équilibre budgétaire. Seulement trois parmi les 54 fonds gérés montraient un solde déficitaire. Le fonds des produits biologiques est en attente d'une subvention du Ministère. Les deux autres excédents de dépenses seront effacés par un ajustement du prix de vente des services de lingerie et de buanderie.

Service informatique

Le plan directeur informatique, que nous devions compléter, a été approuvé par le conseil d'administration le 14 juin 1989. Les objectifs de la première année du plan seront tous réalisés et même dépassés au 31 mars 1990. Quant au **dossier de la santé mentale**, que nous avions établi comme une priorité, précisons que les besoins en systèmes d'information seront établis par le secteur de la santé mentale, lorsque le plan d'organisation de services sera officiellement approuvé.

Il nous fallait également **restructurer le service** après avoir fait la séparation entre le Conseil régional et Urgences santé. L'architecture organisationnelle sera complètement mise en place au 31 mars 1990. Tous les comités fonctionnent tel que prévu : le comité directeur des systèmes d'information

informatisés et le comité de coordination, qui regroupent des représentants des diverses directions du Conseil régional. La notion de propriétaire de système est appliquée comme principe orientant le développement des systèmes; ce qui en fait un moyen majeur de décentralisation des activités informatiques.

Il existe aussi un comité de gestion de l'information et de ses technologies dont le coordonnateur est le responsable des systèmes d'information du Conseil régional. Ce comité, formé de représentants du réseau des établissements, traite les demandes informatiques du réseau que nous devons évaluer.

Il y a donc des activités internes et externes en informatique qui sont coordonnées tout en étant traitées différemment.

L'architecture technologique a pris forme à 80% et elle est conforme au plan directeur informatique. L'architecture des systèmes constitue le résultat des investissements matériels et humains. Elle est donc la dernière à se réaliser. Nous pouvons considérer que le tiers des systèmes envisagés sont opérationnels et qu'ils seront très majoritairement mis en place en 1990-1991. L'état des travaux demeure supérieur aux grandes livraisons annuelles du plan directeur informatique. Toutes les recommandations du vérificateur externe et du vérificateur général ont été considérées et 90% ont été mises en application. Les quelques recommandations restantes sont en cours de réalisation et devraient être accomplies en juin 1990.

Analyse et suivi budgétaire

Le développement d'un système informatisé de données financières a touché tous les secteurs du Conseil régional. Des standards de performance ont été élaborés. Les travaux ont porté davantage sur les secteurs sociaux. Néanmoins, dans le secteur de la santé mentale, des recherches sur les données financières ont été entreprises au niveau des services de psychiatrie dispensés dans des établissements de courte durée. De plus, une analyse des budgets des centres hospitaliers à vocation psychiatrique a été menée en regard de la désinstitutionnalisation.

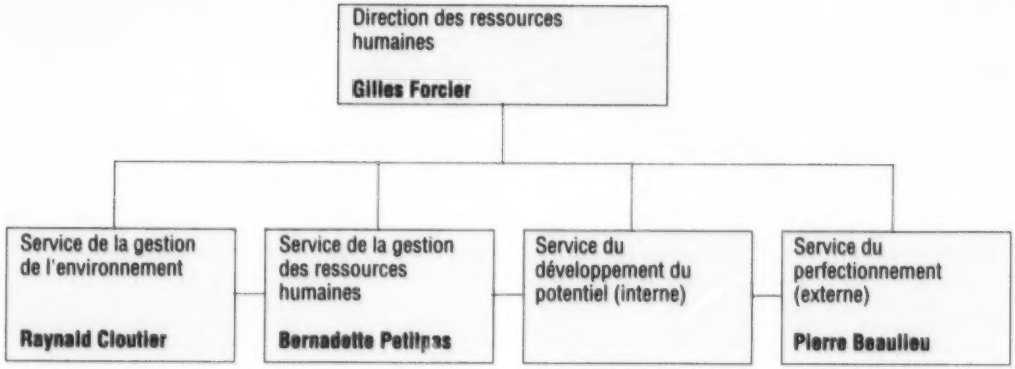
Nous devions également **assurer la poursuite des travaux du comité interrégional d'allocation des ressources** par la recherche et la validation d'un modèle d'allocation. Nous développons actuellement un modèle de répartition des ressources basé sur l'identification des coûts spécifiques et exclusifs à certaines régions : par exemple, les coûts de l'ultraspécialisation pour en arriver à établir le tronc commun des dépenses de services de santé et de services sociaux dans chacune des régions. La variation des dépenses et des budgets sera par la suite fonction de facteurs retenus dans le modèle développé.

Participer à toute demande de validation de réallocation des ressources ou de normalisation budgétaire pour la programmation ou pour le Ministère constituait une autre de nos priorités. La participation du service d'analyse et de suivi budgétaire aux réallocations de ressources est constante. Plusieurs secteurs de la programmation ont eu recours à ce nouveau service avant de procéder à des réallocations de ressources.

Enfin, nous devions **poursuivre la promotion de la vérification intégrée** en pilotant le développement d'un plan directeur de

vérification ou la réalisation d'un projet. L'analyse et le suivi budgétaire constituent une approche de vérification interne intégrée. Dans certains services, comme celui des personnes avec problèmes d'adaptation sociale, nous échangeons sur les résultats d'analyses avec les établissements concernés en présence de la Direction de la programmation du Conseil régional et du M.S.S.S. Ces échanges ont conduit à proposer à un établissement de procéder à l'élaboration d'un plan de vérification interne intégrée, avec notre appui et celui du M.S.S.S.

La Conseil régional gérait cinquante-deux fonds d'une valeur globale de 144 millions de dollars au 31 mars 1990. Huit de ces cinquante-deux fonds totalisent 112 millions de dollars, soit 77% de l'ensemble des fonds gérés.



Les activités de la Direction des ressources humaines ont été axées autour de cinq objectifs prioritaires en 1989-1990 :

- Définir et implanter des programmes de formation et de perfectionnement assurant un développement continu du potentiel des ressources humaines, de même que favoriser l'accessibilité au développement professionnel.
- Concrétiser les objectifs de gestion interne décentralisée en matière de gestion des ressources humaines en poursuivant l'identification du partage des rôles des gestionnaires.
- Poursuivre les activités visant à impliquer les partenaires (cadres, membres de conseil d'administration, groupes d'action volontaire) dans l'actualisation de notre mandat régional de développement des ressources humaines.
- Assurer à tous les occupants de l'édifice des services adéquats tout en tenant compte de la vétusté de certains équipements, du caractère historique du bâtiment et des budgets accordés.
- Maintenir l'équilibre budgétaire tout en assurant une plus grande qualité de services.

Distribution des employés dans les différentes directions

Direction générale	4
Direction de la programmation	69
Direction de l'information et des relations avec la population	28
Direction des finances	41
Direction de la planification	16
Direction de la gestion des services réseau	57
Direction des ressources humaines	20
	235

Le Service de la gestion des ressources humaines

Une de nos priorités consistait à mettre en place un mécanisme de révision de la structure des emplois et de réévaluation des

La Direction des ressources humaines

postes de travail. En ce qui concerne le registre des postes, diverses possibilités ont été étudiées depuis mai 1989 visant à permettre à la fois le contrôle budgétaire et le contrôle des mouvements du personnel.

Cette opération s'accompagnait d'un travail important de descriptions de postes, lesquelles constituent un outil de sélection, d'information, de révision de structure des emplois ou de reclassification, de support à l'appréciation de la performance. Le format en a été défini au mois de mai 1989. Tous les postes ont été ainsi décrits pour refléter leur rôle tant au niveau du service que du Conseil régional; il en va de même pour les responsabilités du titulaire et pour les objectifs spécifiques reliés au poste.

Cette opération a également permis de préciser les règles régissant les travailleurs autonomes ainsi que les employés contractuels embauchés sur une base temporaire.

Notre mandat comprenait aussi, cette année, **la révision du Manuel de gestion, des politiques et procédures**. Ce manuel vise à fournir à l'ensemble des cadres et des employés des informations sur les conditions de travail, les politiques, les procédures et les pratiques de gestion des ressources humaines prévalant dans le réseau. L'ensemble des politiques a été révisé entre mai 1989 et mars 1990 en vue d'assurer la décentralisation des activités de gestion des ressources humaines et d'accroître leur clarté, leur cohérence et leur efficacité vis-à-vis les objectifs de l'organisation. Le manuel sera diffusé dès que son contenu aura été approuvé.

Le dossier de l'accès à l'égalité d'emploi, particulièrement au niveau des communautés culturelles, a également été au centre de nos préoccupations. Le personnel du Conseil régional d'origine ethnique autre que francophone de souche s'établit à environ 12%. Des contacts avec des organismes communautaires à caractère ethnique ont été développés afin de créer des liens facilitant le recrutement de personnes issues de communautés culturelles.

Le Service du développement du potentiel (interne)

La priorité du Service du développement des ressources humaines a été d'implanter un programme d'appréciation de la performance permettant entre autres l'identification des besoins en développement du potentiel.

Les activités suivantes ont été mises en place au cours de la dernière année pour répondre à des besoins identifiés en développement du potentiel pour un total de 102 personnes.

Activités	Participants
Cours d'anglais (cadre)	10
Formation sur traitement de texte Word	65
Cours de français avancé	3
Participation interne aux programmes régionaux	9
Support à la formation individuelle	15

Le Service de la gestion de l'environnement

Le Service de la gestion de l'environnement a poursuivi ses activités touchant la sécurité-incendie, plus particulièrement au chapitre des plans d'évacuation. Entre 700 et 800 personnes oeuvrent quotidiennement au Conseil régional : personnel du Conseil régional, membres des commissions

administratives et des comités, personnel de la Corporation d'Urgences santé, etc. Il est essentiel de leur assurer toute la sécurité nécessaire.

Le Service du perfectionnement (régional)

Notre objectif visant à actualiser les activités de formation et de perfectionnement pour les cadres supérieurs et intermédiaires a été poursuivi tout au long de l'année. Seize sessions rejoignant quelque 300 cadres intermédiaires ont été organisées et six centres d'évaluation du potentiel ont été mis en place. Nous avons également organisé deux séminaires pour cadres supérieurs ainsi que le colloque annuel des 19 et 20 septembre 1989. Enfin, un vidéo sur l'organisation du système de santé a été réalisé.

En ce qui concerne l'actualisation des activités de formation et de perfectionnement pour les membres de conseils d'administration, nous avons mis en place un programme comportant sept sessions par année et organisé le colloque annuel tenu en mars 1990. Par ailleurs, nous avons mené une étude de besoins relative à la présence, dans les conseils d'administration, de personnes issues de communautés culturelles. Enfin, nous avons conçu et préparé un projet de formation spécifique pour les centres d'accueil de réadaptation en déficience intellectuelle.

L'actualisation des programmes pour les organismes communautaires a été menée à bien. Nous avons, dans cet objectif, organisé de nombreuses activités, notamment un programme comportant huit sessions par année, la mise à jour du bottin de ressources en formation, un projet d'étude de besoins et d'identification de ressources pour organismes oeuvrant en santé mentale, deux sessions de perfectionnement pour bénévoles en établissements. Enfin, nous avons offert notre collaboration au comité interne du C.S.S.S.R.M.M., sur la place des organismes communautaires au Conseil régional.

Notre mandat consistait également à actualiser les recommandations adoptées lors du colloque sur le développement des ressources humaines tenu en septembre 1988. À cet effet, nous avons élaboré un projet de mobilité des cadres, dont une banque de placement des cadres, organisé deux rencontres thématiques portant sur les expériences novatrices (mise en commun des expériences), conçu et mis en place une banque d'information de ressources de formation.

Dans le cadre des programmes de formation reliés aux priorités régionales, nous avons organisé quatre sessions de formation « situation de crise en santé mentale », collaboré à la tenue de huit sessions pour le secteur de la protection de la jeunesse ainsi qu'à l'élaboration de projets dans le dossier SIDA. Nous avons également conçu et mis en place un programme de formation en langue française pour le secteur des communautés culturelles ainsi qu'un programme de formation dans le cadre du Plan d'accès aux communautés culturelles.

Les publications du Conseil régional

ACCESSIBILITÉ

Accessibilité des services des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée aux communautés culturelles. Edwidge Rouleau. Direction de la programmation. janvier 1990.

Plan d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux à la population d'expression anglaise de la région de Montréal métropolitain: rapport-synthèse. Andrée Larose. Direction de la planification, des systèmes et méthodes. juin 1989. *(Un rapport pour chaque catégorie d'établissement est aussi disponible.)*

Plan régional d'accessibilité aux communautés culturelles. Isabelle Hemlin. Direction de la programmation. février 1990.

Le visage de Montréal change : dossier : accessibilité des services aux communautés culturelles. Direction de l'information et des relations avec la population. mars 1990 (Spécial info...).

ALCOOLISME ET TOXICOMANIES

(voir aussi sous les rubriques : Répertoires, annuaires, inventaires et Itinérance)

Orientation régionale de la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies : priorisation. Direction de la programmation. avril 1989.

Plan régional de services en toxicomanie pour les personnes judiciarisées (phase I). René Grenier, Serge Brochu et al. Direction de la programmation. avril 1989.

Plan régional de services quant à l'utilisation de la méthadone dans l'héroïnomanie. Antonine Paquin, René Grenier et al. Direction de la programmation. décembre 1989.

Position régionale en alcoolisme et autres toxicomanies. René Grenier, Céline Mercier et al. Direction de la programmation. mars 1989.

Programme régional en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies et en promotion de la santé. Pierre Brisson. D.S.C. St-Luc et C.S.S.S.R.M.M.. Direction de la programmation. janvier 1990.

Proposition préalable au plan de services pour la population anglophone alcoolique et toxicomane de la région de Montréal. René Grenier, Albert Wener et al. Direction de la programmation. mai 1989.

AUXILIAIRES FAMILIALES

Auxiliaires familiales attachées aux problèmes psychosociaux : mandats, rôles et clientèles. André Trépanier. Direction de la programmation. décembre 1989.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Accès réseau : mécanisme d'accès aux services 2ème ligne : services aux personnes handicapées. Direction de la programmation. février 1990.

Dossier : intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. Direction de l'information et des relations avec la population. octobre 1989 (Spécial info...).

Opération HLHL/CAR : projection des besoins en services pour les 215 personnes à intégrer dans la communauté. Léo Fortin. Direction de la programmation. novembre 1989.

Le réseau intégré de services pour personnes ayant une déficience intellectuelle. Direction de la programmation. novembre 1989.

DÉFICIENCES PHYSIQUE ET SENSORIELLE

L'accessibilité aux services de réadaptation pour les personnes handicapées ayant une déficience physique dans la région de Montréal métropolitain : rapport intégral. Line Ampleman, Nicole Paré-Fabris et al. Direction de la programmation. septembre 1989. *(Un rapport abrégé est aussi disponible)*

État de situation des services et besoins non comblés de la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral des établissements de réadaptation de la région de Montréal. Line Ampleman et al. Direction de la programmation. novembre 1989.

DROITS DES BÉNÉFICIAIRES

Les plaintes, beaucoup plus qu'un recours / Mes droits, recours et responsabilités. Direction de l'information et des relations avec la population. mars 1990 « brochure d'information ».
(Aussi disponible en version anglaise sous le titre : « Filing a complaint : more than just a remedy / Your rights, means of recourse and responsibilities »)

Le recours de la population au Conseil régional de la santé et des services sociaux : analyse et commentaires. Claude Toupin et al. Direction de l'information et des relations avec la population. août 1989.

Le recours de la population au Conseil régional de la santé et des services sociaux : orientations (en relation avec l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux). Claude Toupin, Claude Molinari. Conférence des C.R.S.S.S. du Québec et C.S.S.S.R.M.M.. Direction de l'information et des relations avec la population. février 1990.

HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

(voir aussi sous la rubrique : Répertoires, annuaires, inventaires)

Rapport du comité des soins de longue durée en C.H.S.C.D.. Marcel Marion. Direction de la programmation. janvier 1990.

Régions de Montréal centre et Laval : proposition de répartition du budget d'alourdissement de la clientèle en C.A.H. et C.H.S.L.D. pour l'année 1989-1990. Luc Bordeleau. Direction de la programmation. avril 1989.

Système d'information sur les admissions et départs en centres d'accueil d'hébergement et centres hospitaliers de soins de longue durée dans les régions de Montréal et Laval : éléments de réflexion et proposition préliminaire. Luc Bordeleau. Direction de la programmation. octobre 1989.

INFORMATISATION

SIDOCI : système informatisé de données cliniques intégrées (document synthèse). Projet conjoint SIDOCI, C.S.S.S.R.M.M. et al. décembre 1989.

ITINÉRANCE

Énumération de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants à Montréal. Louise Fournier. Hôpital Douglas et C.S.S.S.R.M.M.. Direction de la programmation. août 1989.

Étude spéciale sur Dernier Recours Montréal (tomes I et II) : rapport de recherche présenté au comité spécial de la direction générale du C.S.S.S.R.M.M. pour les personnes itinérantes. Louise Fournier et al, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et C.S.S.S.R.M.M., Direction de la programmation. avril 1989, revisé août 1989.

Plan d'action : services aux personnes itinérantes de la région de Montréal et de Laval. André Lebon, René Grenier. Direction de la programmation. octobre 1989.

Ressources pour personnes itinérantes de la région de Montréal métropolitain : état de situation. Carmen Beaudoin, René Grenier. Direction de la programmation. mai 1989.

JEUNESSE EN DIFFICULTÉ

(voir aussi sous la rubrique : Répertoires, annuaires, inventaires)

Programme-cadre santé-enfance-jeunesse (document de travail/projet de programme-cadre). Marie-Andrée Lavoie. Direction de la programmation. septembre 1989.

Rapport sur les services à la petite enfance (document de travail). Direction de la programmation, septembre 1989.

MAINTIEN À DOMICILE

(voir aussi sous la rubrique : SIDA)

Méthode de partage maintien à domicile 1990-1991, Normand Lauzon. Direction de la programmation, novembre 1989.

RÉPERTOIRES, ANNUAIRES, INVENTAIRES

Les centres de réadaptation pour les jeunes mésadaptés socio-affectifs de la région de Montréal métropolitain : identification des points de services, des places et services disponibles, Marie-Andrée Lavoie. Direction de la programmation, août 1989.

Inventaire des ressources résidentielles pour personnes âgées, régions de Montréal centre et Laval. Luc Bordeleau, Thérèse Darche. Direction de la programmation, avril 1989.

Répertoire des établissements publics et privés de santé et de services sociaux des régions de Montréal centre (06A) et Laval (06E), Direction de l'information et des relations avec la population, septembre 1989.

Répertoire des ressources pour jeunes et adultes aidants : prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies, promotion de la santé. Luce Proulx, Pierre Brisson, René Grenier. Direction de la programmation, janvier 1990.

Services et activités offerts à la clientèle, Michelyne Lévesque et al. Table de concertation en planification des naissances et sexualité. Direction de l'information et des relations avec la population, juin 1989.

SANTÉ MENTALE

L'analyse des besoins et la description des principales problématiques : phase I des travaux relatifs à l'élaboration du plan d'organisation des services (P.O.S.) de santé mentale (document de travail). Michel Dorval. Direction de la programmation, septembre 1989.

Développement des ressources alternatives en santé mentale de Montréal métropolitain : état de situation, Diane Gauthier. Direction de la programmation, mars 1989.

Dossier santé mentale. Direction de l'information et des relations avec la population, juin 1989 (Spécial info...).

Dossier santé mentale. Direction de l'information et des relations avec la population, février 1990 (Spécial info...).

État de la situation des services de pédo-psychiatrie offerts dans la région de Montréal métropolitain, Mireille Doré. Direction de la programmation, août 1989.

Inventaire critique : les services de support aux familles, Diane Gauthier. Direction de la programmation, juillet 1989.

Inventaire des programmes de traitement spécialisé long terme offerts en C.H.V.P., en C.A.H., en C.S.S. (document de travail), Monick Coupal. Direction de la programmation, avril 1990.

Inventaire des services de base en santé mentale (document de travail), Carole Lécuyer. Direction de la programmation, juin 1989.

Inventaire des services d'information en santé mentale dans la région de Montréal (document de travail), Carole Lécuyer. Direction de la programmation, juin 1989.

Plan d'organisation des services en santé mentale : document de consultation. Direction de la programmation, mars 1990.

Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain : version intégrale (document de travail). Direction de la programmation, mars 1990.

Un portrait des problématiques de santé mentale en région de Montréal métropolitain à partir de l'état des connaissances actuelles, Orkia Lefebvre et Chantal Perreault, C.S.S.S.R.M.M., Direction de la planification, des systèmes et méthodes et D.S.C. Maisonneuve-Rosemont, août 1989.

Présentation et analyse des ressources et services psychiatriques de courte durée pour les adultes dans les centres hospitaliers (document de travail), Michel Roberge, Direction de la programmation, septembre 1989.

Rapport du comité de travail sur la promotion-prévention de la santé mentale (document de travail), Louis Côté, Carole Lécuyer et al, Direction de la programmation, décembre 1989.

SECTORISATION

Nouveau découpage territorial des CLSC basé sur les municipalités et les codes postaux, Normand Lauzon, Direction de la programmation, mis à jour en juillet 1989.

SÉCURITÉ DU REVENU

La loi sur la sécurité du revenu et la mesure « expérience de travail » : problèmes de participation reliés au barème de la non-disponibilité, Lise Corbin et al, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, janvier 1990.

SERVICES DE BUANDERIE

Rapport sur la situation des services de buanderie en région de Montréal, Samson Bélair, Direction de la gestion des services réseau, octobre 1989.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Consolidation des services et des programmes du réseau des centres locaux de services communautaires, Normand Lauzon, Pierrette Lambert et al, Direction de la programmation, juin 1989.

Plan des effectifs médicaux et dentaires des CLSC 1990-1992, Normand lauzon, Direction de la programmation, octobre 1989.

SIDA

Action SIDA, volet psychosocial : besoin de ressources psychosociales pour desservir les clientèles atteintes du SIDA dans la région de Montréal métropolitain, André Trépanier et al, Direction de la programmation, décembre 1989.

Services à domicile aux personnes atteintes du SIDA, Francine Champoux-Estaque, Martine Cloutier, Direction de la programmation, novembre 1989.

SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE

Des services de santé et des services sociaux de qualité pour la population de Montréal métropolitain, Direction de l'information et des relations avec la population, avril 1989.
(Aussi disponible en langue anglaise).

Mémoire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux présenté à la commission parlementaire des affaires sociales, C.S.S.S.R.M.M., janvier 1990.
(Un résumé est aussi disponible).

Nos objectifs de santé et de bien-être, Direction de l'information et des relations avec la population, avril 1990. (Spécial info...).

Organisation du système des services de santé et des services sociaux, C.S.S.S.R.M.M., Direction des ressources humaines et Manoir Cartierville, septembre 1989.
(3 cassettes vidéo et document d'accompagnement).